

Priscilla Almeida Pereira

**PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR: BENEFICIÁRIO  
EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde – Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde.

Área de Concentração: Urgência e Emergência.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado.

Orientadora: Dra. Maria Terezinha Zeferino

Florianópolis  
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Priscilla Almeida

PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR: : BENEFICIÁRIO EM  
SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL / Priscilla Almeida  
Pereira ; orientadora, Dra. Maria Terezinha Zeferino -  
Florianópolis, SC, 2015.

133 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Saúde mental. 3. Intervenção na crise. 4.  
Saúde suplementar. I. Zeferino, Dra. Maria Terezinha. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.

Priscilla Almeida Pereira

**PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR: BENEFICIÁRIO EM  
SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre Profissional Multidisciplinar em Saúde”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde.

Florianópolis, 10 de setembro de 2015.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Cilene Godinho Bertoncello  
Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Terezinha Zeferino  
Presidente - PGMPARIMS – UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Cilene Godinho Bertoncello  
Membro - PGMPARIMS – UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia  
Membro - UFSC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Izabel Jatobá de Souza  
Membro - UFSC



## AGRADECIMENTOS

Nunca estamos sós, é verdade. É bom saber que temos amigos em quem podemos confiar. Pessoas que nos apoiam e nos acolhem com tanto carinho.

É certo que passamos por momentos muito difíceis. E comigo estavam sempre presentes:

Meus **pais, Sandra e Rogério**, por me mostrarem o caminho a ser trilhado;

Meus **irmãos, Rafael e Mariana**, por estarem presentes mesmo à distância;

Meus **sobrinhos, Sara, Julia e Luiz Otávio**, que iluminam minha vida;

A **toda minha família** por me ensinarem o valor da união, mesmo nos momentos difíceis;

Ao **meu amor, Histefani**, meu alicerce desta conquista, apoiando-me integral e emocionalmente, suportando por muitas vezes os momentos de ausência, cansaço e impaciência. Dedico a você essa conquista;

À minha **orientadora**, amiga, conselheira e parceira, Doutora **Maria Terezinha Zeferino**, meu sincero e especial agradecimento pela conquista desta construção aqui apresentada, pelas longas discussões, pela paciência e dedicação a mim destinada;

À **banca examinadora**, ao aceitar o convite com o intuito de trazer melhorias a este trabalho;

Aos **colegas do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde**, mais uma vez agradeço a parceria em mais esta jornada e o conhecimento que adquirimos juntos;

Aos **coordenadores e professores do Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde**, o aprendizado e crescimento adquirido durante o curso, capacitando-me para ser uma profissional melhor;

À **UFSC**, reafirmando o compromisso assumido de retribuir aos cidadãos brasileiros o conhecimento adquirido com este trabalho, por meio de uma universidade pública de qualidade;

Aos membros do **grupo de estudos APIS**, sempre presentes para discussões e auxílio no desenvolvimento deste trabalho, além do apoio nos momentos de cansaço;

A toda **equipe do Pronto Atendimento da Unimed Trindade**, por compartilharem suas vivências, além de vibrarem comigo a cada conquista durante o desenvolvimento e aperfeiçoamento deste trabalho;

Sou grata a **Deus** por guiar os meus passos e iluminar o meu caminho;

Sou grata a **Deus** por ter conhecido tantas pessoas boas, de coração aberto e firme.

Quero agradecer a vocês por tudo, em especial por estarem ao meu lado.

Meu eterno agradecimento!

PEREIRA, Priscilla Almeida. **PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR: o beneficiário em situação de crise em saúde mental.** 2015. 133p. Dissertação. (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

**Área de Concentração:** Urgência e Emergência.

**Orientadora:** Dra. Maria Terezinha Zeferino.

**Linha de pesquisa:** Tecnologia e Inovação no Cuidado.

## RESUMO

Objetivo: Compreender como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde da Região Sul do Brasil. Método: Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Pronto Atendimento de Saúde Suplementar no Sul do Brasil. Participaram deste estudo quatro assistentes de autorização, quatro técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros e três médicos. Os dados foram coletados através de entrevista com instrumento de coleta semiestruturada, gravada em áudio, entre o período de abril a junho de 2015. As informações coletadas foram submetidas à Análise Temática de Conteúdo com a inferência e a interpretação à luz da Política Nacional de Humanização e outras políticas e legislações vigentes. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob o Parecer n. 1.005.999/2015, atendendo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: Após análise dos dados, surgiram três manuscritos: percepção dos trabalhadores quanto à ambiência para o atendimento em situação de crise em saúde mental; reconhecimento da crise em saúde mental pelo trabalhador de um pronto atendimento suplementar; o cuidado não dito ao beneficiário em situação de crise em saúde mental em um pronto atendimento suplementar. Considerações finais: A saúde mental vem ultrapassando barreiras desde a Reforma Psiquiátrica e, para o seu funcionamento recebe o apoio do sistema de saúde organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que através da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) oferece locais para encaminhamento do sujeito em situação de crise. Já o sistema suplementar de saúde, tem o atendimento generalizado sem um local para este encaminhamento por não possuir um sistema em rede de saúde. A estrutura organizacional do serviço é

favorável para o atendimento em crise, apesar de algumas características de instalação. Percebeu-se também que a abordagem do trabalhador em saúde, ao identificar o beneficiário em situação de crise em saúde mental, é a priorização do atendimento e que o reconhecimento desta crise se dá pelo descontrole emocional do beneficiário que chega chorando ao serviço de Pronto Atendimento. Em relação ao cuidado prestado ao beneficiário em situação de crise, evidenciou-se que os trabalhadores percebem-na principalmente pelo choro, expressam sentimento de pena, mas não conseguem descrever como cuidam desse sujeito, apesar de prestarem este cuidado.

**Descritores:** Saúde mental. Intervenção na crise. Saúde suplementar.

PEREIRA, Priscilla Almeida. **READY SUPPLEMENTARY SERVICE: the beneficiary of mental health crisis.** 2015. 133p. Dissertation. (Professional Master). Professional Master's program associated with the Multidisciplinary Residency in Health. Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

**Concentration Area:** Urgent and Emergency.

**Advisor:** Dr. Maria Terezinha Zeferino.

**Research line:** Technology and Innovation in Care.

### **ABSTRACT**

Objective: Understand how the service is done to beneficiaries in crisis in mental health on an Emergency Department of the supplementary health care system of southern Brazil. Method: Exploratory, descriptive study with qualitative approach, performed in a Ready Supplemental Health Care in Southern Brazil. The study has included four authorization assistants, four nursing technicians, four nurses and three doctors. Data were collected through interviews with semi-structured data collection instrument, recorded audio between the period of April to June 2015. The data were submitted to a Content thematic analysis with inference and interpretation in the light of the National Policy Humanization and other policies and legislations. It was approved by the Ethics in Research of Universidade do Estado de Santa Catarina Committee (UDESC), in the opinion number 1005999/2015 in recognition of the Resolution 466/12 of the National Health Council. Results: After analyzing the data, there were three manuscripts: perception of workers as the ambience for care in mental health crisis; recognition of the crisis in mental health worker at a ready supplementary service; and care not said to the beneficiary in crisis in mental health in an emergency supplementary service. Final thoughts: Mental health is overcoming barriers since the Psychiatric Reform and for its operation receives support from the health system organized in Health Care Networks (RAS) that through Psychosocial Support Network (RAPS) offers local forwarding to the subject in crisis. But the supplementary care system, has widespread compliance without a local referral for this by not having a system in the health network. The organizational structure of the service is favorable to meet in crisis, although some features of network installation. It is also realized that the health worker approach, to identify the beneficiary in crisis in mental

health is the prioritization of care and that recognition of this crisis is through beneficiary emotional disarray that comes crying at the service of Attendance. In relation to the care provided to the beneficiary in crisis, it became clear that workers perceive the crisis mainly by crying, they express feelings of pity for the beneficiary, but fail to describe how care for this guy, despite providing this care.

**Keywords:** Mental health. Crisis intervention. Health insurance.

PEREIRA, Priscilla Almeida. **SERVICIO READY SUPLEMENTARIO: el beneficiario de crisis de salud mental.** 2015. 133p. Disertación. (Master Profesional). Programa de Maestría Profesional asociado al Multidisciplinario Residencia en Salud. Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

**Área de Concentración:** Urgente y Emergencias.

**Asesor:** Dr. Maria Terezinha Zeferino.

**Línea de investigación:** Tecnología e Innovación en Atención.

## **RESUMEN**

Objetivo: Comprender cómo se hace el servicio a los beneficiarios en la crisis en la salud mental en el Departamento del sistema de atención de salud complementario del sur de Brasil emergencia. Método: Estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en una Health Care Listo Suplementario en el sur de Brasil. El estudio incluyó a cuatro asistentes de autorización, cuatro técnicos de enfermería, cuatro enfermeras y tres médicos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con instrumento semiestructurado de recopilación de datos, audio grabado entre el período de abril a junio de 2015. Los datos fueron sometidos a un análisis temático de contenido con la inferencia e interpretación a la luz de la Política Nacional Humanización y otras políticas y legislaciones. Fue aprobado por la Ética en Investigación de la Universidade do Estado Comité de Santa Catarina (UDESC), en el número 1005999/2015 opinión en reconocimiento de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud Resultados: Después de analizar los datos, había tres manuscritos: la percepción de los trabajadores como el ambiente de atención en crisis de salud mental; el reconocimiento de la crisis en los trabajadores de la salud mental en un servicio suplementario listo; y no les importa decir que el beneficiario en crisis en la salud mental en un servicio suplementario de emergencia. Consideraciones finales: la salud mental es la superación de las barreras desde la Reforma Psiquiátrica y su funcionamiento, recibe el apoyo del sistema de salud organizados en Redes de Cuidado de Salud (RAS) que a través de la Red de Apoyo Psicosocial (RAPS) Ofrece reenvío locales el sujeto en crisis. Pero el sistema de atención complementaria, hay cumplimiento generalizado sin una referencia local para este al no tener un sistema en la red de salud. La estructura organizativa del servicio es favorable para satisfacer en crisis, si bien algunas de las características

de la instalación de red. También se dio cuenta de que el enfoque profesional de la salud, para identificar al beneficiario en crisis en la salud mental es la priorización de la atención y que el reconocimiento de esta crisis es a través emocional desorden beneficiario que viene llorando al servicio de Asistencia. En relación a la atención proporcionada al beneficiario en crisis, mostraron que los trabajadores perciben la crisis, principalmente a través del llanto, expresando sentimientos de vergüenza que los beneficiarios, pero no pueden describir cómo el cuidado de este tipo, a pesar de brindar esta atención.

**Palabras clave:** Salud mental. La intervención en crisis. El seguro de salud.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APIS	Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Critérios de Excelência
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNQ	Fundação Nacional de Qualidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>27</b>
3.1	POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	27
3.2	REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	30
3.3	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	33
3.4	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 35	
3.5	ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE .....	37
<b>3.5.1</b>	<b>Qualidade do atendimento na saúde suplementar .....</b>	<b>38</b>
3.6	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	39
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	43
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.4	COLETA DE DADOS .....	45
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	46
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
5.1	MANUSCRITO 1 - PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À AMBIÊNCIA DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR PARA ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL .....	50
5.2	MANUSCRITO 2 - RECONHECIMENTO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL PELO TRABALHADOR DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR.....	68

5.3	MANUSCRITO 3 - O CUIDADO NÃO DITO AO BENEFICIÁRIO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR .....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICE.....	119
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....	121
	ANEXOS.....	123
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	125
	ANEXO B - TERMO DE CONSETIMENTO PARA GRAVAÇÕES.....	129
	ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	131

# 1 INTRODUÇÃO

Os seres humanos durante o crescimento e desenvolvimento vivenciam situações ao longo da vida que, muitas vezes, podem levar a estados de angústia associados a eventos que ameaçam sua integridade física, psicológica ou espiritual, sendo estes considerados como momentos de crise. Essa crise pode ser vista como própria do ciclo vital, ou em determinadas circunstâncias, como situações difíceis de serem resolvidas. Essas relações acabam gerando um sofrimento mental, necessitando de ajuda de outro ser humano, em especial dos trabalhadores em saúde.

Os sujeitos em sofrimento mental vivenciam alguns momentos críticos que, em certas ocasiões, coincidem com o desencadeamento de um momento de crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por eles e pela sociedade, que dificilmente se resolvem somente com uma intervenção pontual, mas sim, com uma estratégia ampliada de cuidado.

A palavra crise, segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007), pode-se remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais. Porém, mesmo quando se tenta especificar a crise, dentro do próprio campo da saúde mental, encontram-se diferentes teorias sobre a caracterização deste episódio, por exemplo: psicanálise e psiquiatria não falam a mesma língua quando se referem à crise. Não há uma perspectiva uniforme do que seja um momento de “surto”, isto é, encontra-se uma variedade de subgrupos que usam diferentes critérios para determinar se uma experiência pode ser ou não considerada como crise.

Com essa amplitude na concepção do entendimento do conceito de crise é fundamental compreender que essas situações podem surgir de múltiplos fatores, tanto objetivos como subjetivos. Nessa perspectiva, o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo. Com isso, a crise passa a ser entendida como um momento de extrema angústia e ansiedade, mas produtor de transformação e potencialidade singulares que não devem ser abafadas e nem se deve ter uma única resposta para elas. Pode-se entender a crise como um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Campos et al. (2009) indicam duas concepções antagônicas de crise: uma ligada à emergência de sintomas a serem contidos e, outra, que compreende o momento como de extrema fragilidade e oportunidade de reconstruções. Esse modelo aponta para uma discordância entre a concepção de sujeito e a realidade das práticas no campo da saúde mental, no qual se faz necessário valorizar um olhar para além da dicotomia entre normal e patológico e estabelecer as conexões entre saúde e doença, crise e normalidade.

As situações de crise com que os trabalhadores se defrontam exigem uma disponibilidade para efetivar um cuidado abrangente. O contexto sociocultural em que o beneficiário<sup>1</sup> está inserido pode, ou não, ser favorável às estratégias de cuidado, bem como à ética institucional, todos estes fatores têm influência direta no tipo de abordagem da crise.

A Reforma Psiquiátrica trouxe, como princípios do cuidado, o resgate do poder de decisão dos sujeitos em sofrimento mental e sua participação ativa na definição de seu tratamento; o reconhecimento da liberdade como variável terapêutica; e a afirmação da cidadania. As situações de crise, no entanto, persistem com grande potencial de gerar (por diversos motivos) certa autorização da suspensão desses direitos sob a justificativa da restrição de sua capacidade de julgamento. É fundamental para o processo de construção das vidas e das subjetividades desses sujeitos, nesses momentos de intensa fragilidade, que a aproximação entre trabalhadores e beneficiários seja precisamente no sentido de reconstruir suas possibilidades e autonomia (FIALHO, 2014).

O mesmo autor ainda mostra que, ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito, inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos trabalhadores e serviços em se disponibilizar a atuar em redes, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas de cuidados.

---

<sup>1</sup> Utilizou-se o termo beneficiário, seguindo a nomenclatura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2014), onde beneficiário engloba: “toda pessoa física incluída no plano como titular ou dependente que poderá usufruir dos serviços contratados, obedecidas as carências, área de abrangência e/ou cobertura.”

A compreensão de cuidado, proposta por Ayres (2004), considera simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediados por saberes e especificamente voltados para este fim.

As diferentes concepções de cuidado se constituem na prática, no dia a dia dos serviços, embasados nas experiências, vivências e na subjetividade de cada trabalhador. O cuidar em saúde deve ser uma troca contínua (ZAIS, 2014).

Sendo assim, o cuidado deixa de ser apenas um procedimento ou uma intervenção para ser uma relação na qual a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva (WALDOW, 2009).

Cuidar da pessoa em situação de crise exige transformações, tanto no entendimento de crise como no cuidado, é necessária uma mudança radical nas práticas de saúde, principalmente na disponibilização da equipe técnica para o acolhimento e escuta do sujeito, proporcionando um ambiente favorável para a constituição de vínculo. No entanto, pode-se perceber a dificuldade dos trabalhadores de saúde em incorporar no seu processo de trabalho esses novos entendimentos e práticas inovadoras na assistência em situações de crise. Isso principalmente no que se refere à percepção das potencialidades possíveis de serem trabalhadas, devido a sua singularidade, mas também à falta de conhecimento e criatividade na construção de ações coletivas e desestigmatizantes. Como as situações de crise em saúde mental não possuem momento específico para acontecer é necessário se pensar em estratégias possíveis para ações a essa população em diferentes espaços (FIALHO, 2014).

Nesse tocante, Teixeira (2005, p. 322) traz que a noção de acolhimento seria uma:

[...] técnica de conversa passível de ser operada por qualquer trabalhador, em qualquer momento do atendimento, [...] em qualquer dos encontros [...]. no sentido mais amplo possível corresponde àquele componente das conversas que se dão no serviço em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

Não se trata somente do acolhimento como forma de escuta qualificada ou uma noção de seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Tais perspectivas devem ser tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, pois reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e criação de vínculo (BRASIL, 2009).

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado, em todo e qualquer encontro no serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Para que os trabalhadores estejam engajados com esta prática, tornam-se cada vez mais necessárias a formação destes e o exercício do controle social. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) surge como estratégia de transformação do sistema em direção ao alcance dos princípios fundamentais defendidos desde a Reforma Sanitária (BRASIL, 2004).

PNH é uma política transversal a toda a rede de atenção à saúde, o que faz entender a humanização como uma construção coletiva, um conjunto de princípios e diretrizes que possam fundamentar ações nos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004, p. 08), entende-se por humanização:

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: beneficiários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

A PNH qualifica o cuidado humanizado em uma rede integrada de assistência às pessoas em sofrimento mental. Diante disso, o caminho traçado foi à implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destacam-se a Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada como primeiro ponto de atenção e

principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

Entre as redes, destacam-se para esse trabalho a Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e as Redes de Urgência e Emergência (RUE). A RAPS está voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, através da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção a estas demandas (BRASIL, 2011); e a RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a), incluindo-se aqui as pessoas em situação de crise.

É importante ressaltar que o sistema de saúde brasileiro é considerado um sistema misto, ou seja, convivem um sistema público e um suplementar de saúde. Bós e Bós (2004) trazem que, de uma maneira simplificada, há duas alternativas no atendimento de saúde: a rede pública – Sistema Único de Saúde (SUS) – ou o sistema suplementar, dependendo das condições econômicas e o acesso a planos privados de saúde. O SUS não carrega custos financeiros explícitos, sendo caracterizado pela grande demanda e pelo tempo para se conseguir atendimento. Esta caracterização estereotípica surge da comparação com a saúde suplementar<sup>2</sup> que, comumente, é vista como um provedor de melhor qualidade, com atendimento pronto e confiável. Por outro lado, provedores suplementares são caros.

O interesse em realizar a pesquisa sobre o cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental faz parte de um caminho de longas reflexões e inquietações com a temática. Durante a graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a autora desta pesquisa realizou estágio curricular na disciplina de saúde mental na Atenção Básica, a qual oportunizou-lhe conhecer e sentir a dimensão dos cuidados em saúde que os beneficiários em crise necessitam. Desde então, sente-se envolvida, sensibilizada e ao mesmo

---

<sup>2</sup> A saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde (ANS, 2014).

tempo inquieta com a temática, por se tratar de uma área de atuação do enfermeiro que necessita de um olhar integral e humanizado, bem como cuidados eficazes.

O interesse em buscar respostas se intensificou, ainda mais, ao realizar a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, pela UFSC, onde pôde perceber a visão hospitalocêntrica ao se tratar o beneficiário em situação de crise em saúde mental. Terminada a Residência, começa a trabalhar em um Pronto Atendimento suplementar e ver toda a situação do beneficiário em crise de outro ângulo – questão privada.

Durante este período, iniciando o Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, também pela UFSC, fez parte do grupo de pesquisa APIS (Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas), voltado à atenção psicossocial e drogas, e foi onde as discussões geradas em reuniões do grupo contribuíram para que se procurassem respostas aos questionamentos. A participação no grupo proporcionou conhecer pessoas competentes, que se dedicam a buscar respostas e aprofundar o conhecimento na saúde mental. Isso tudo serviu de inspiração para explorar essa área tão rica e inquietante.

De acordo com Patriota (2011), por muitos anos, a formação dos trabalhadores de saúde reproduzia uma visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos superou amplamente o pensar a saúde. A mesma autora aponta que a concepção medicalizadora da saúde ocupou e, ainda ocupa, um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica, gerando a necessidade de se deslocar o eixo da medicalização, presente na formação acadêmica dos trabalhadores de saúde, para o da atenção interdisciplinar.

Como citado anteriormente, não há um preparo dos trabalhadores para atuarem diretamente na atenção a uma pessoa em situação de crise. Independente do tipo de serviço que o beneficiário procure, o fundamental é que se ofereça estrutura flexível e que proporcione acolhimento aos sujeitos em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte desse contexto (AMARANTE, 2008).

Em alguns serviços é realizada a tentativa de acolher o beneficiário em situação de crise, entretanto, a prática predominante segue o controle clássico da psiquiatria antiga através do controle dos sintomas. Em um estudo realizado por Martinhago e Oliveira (2012), os próprios trabalhadores reconheceram seu despreparo para atender as

situações de crise, e que isso gera neles mesmos, insegurança, medo e dificuldade para desenvolver seu trabalho.

Conforme Paes et al. (2013), o déficit de trabalhadores especializados é um ponto crítico, as equipes não se encontram instrumentalizadas em relação ao sujeito em sofrimento psíquico e ainda se encontram muito focadas na forma de cuidado curativo.

Considera-se fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, além de ser indispensável a afinidade com a área. Porém, o perfil pretendido nem sempre é encontrado em unidades de urgência e emergência/prontos atendimentos gerais. Segundo Paes et al. (2013), os beneficiários têm buscado os serviços a partir da sua condição de acessibilidade, rapidez e capacidade de resolução de problemas, construindo fluxos assistenciais com diversas portas de entrada. Os hospitais e os Prontos Atendimentos têm se mostrado uma porta em que o beneficiário entra, recebe alguma resposta e sai, sem garantia para a continuidade da assistência.

Com isso, fica evidente a escassez de trabalhos relacionados à saúde suplementar e a necessidade de revisar os cuidados voltados às pessoas em situação de crise em saúde mental que, ao procurar o serviço de saúde, não encontram trabalhadores habituados a lidar com tal situação. De um modo geral as pessoas não se preparam, tanto emocionalmente quanto profissionalmente, para lidar com pessoas em situação de crise.

Diante do exposto, pretende-se responder ao seguinte questionamento: como o beneficiário em situação de crise em saúde mental é atendido em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde da Região Sul do Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer como os trabalhadores do Pronto Atendimento Suplementar percebem a ambiência desse serviço para a atenção à situação de crise em saúde mental;

Descrever como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde;

Conhecer como é realizado o cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para discussão da temática, será utilizada a revisão narrativa que, segundo Cordeiro et al. (2007, p. 02), é uma temática apropriada para *descrever a história ou desenvolvimento de um problema e seu gerenciamento, bem como para discutir o assunto do ponto de vista teórico ou contextual, estabelecer analogias ou integrar áreas de pesquisa independentes com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar.*

Como há um escasso número de publicações a respeito do cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental, ainda mais quando se trata de saúde suplementar, optou-se pela realização de uma revisão narrativa. Conforme Rother (2007), esse tipo de revisão de literatura é utilizada em pesquisas qualitativas e permite a busca de referências mais abrangentes, sem necessidade de apresentar a metodologia utilizada, como no caso da revisão sistemática.

Assim, para a realização da fundamentação teórica desta pesquisa, buscou-se abranger a contextualização a respeito da Reforma Psiquiátrica (RP), refletir quanto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à Rede de Urgência e Emergência (RUE). A partir das redes de acesso, a linha de pesquisa se remete ao cuidado do beneficiário relacionado em situação de crise e a sua relação com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Além disso, fez-se um levantamento de como esta estruturação ocorre quando relacionada à saúde suplementar com o intuito de averiguar a garantia do acesso e o funcionamento da rede.

#### 3.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A saúde mental, conforme Amarante (2007, p.15), deve ser entendida como *um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde.* No Brasil, o campo da saúde mental se facultou a partir da redemocratização do modelo psiquiátrico e de exclusão social. Conforme Brandão Junior e Besset (2012), no que diz respeito ao campo da saúde mental, os conhecimentos envolvidos são tão amplos que se encontra dificuldade em delimitar suas fronteiras. O conceito de saúde mental é amplo, pelo que nem sempre é fácil a sua definição, e muito menos, a identificação daquilo que a determina.

No entanto, da mesma forma que o conceito de saúde se refere a um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, também a saúde mental se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Ao abordar políticas de saúde mental no Brasil, remete-se a uma casualidade recente, conquistada a partir da Reforma Psiquiátrica. O amparo psiquiátrico dos primeiros hospícios gerava um papel excludente - associado ao preconceito - e sem acompanhamento psiquiátrico (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em meados do século XVII, muitos locais foram destinados a “acolher” os que estavam à margem da sociedade e que eram contrários aos padrões de conduta social, além de promover o bem-estar da burguesia. Esses locais se multiplicaram rapidamente no século XIX, com duas particularidades essenciais: estratégia médica e precaução social. A sapiência e o domínio médico sobre os loucos nos manicômios começaram a ser desmitificada frente à necessidade de se diminuir a superlotação dos manicômios devido ao aumento de internações ao custo da loucura aos cofres públicos (SANT’ANA; BRITO, 2006).

De acordo com Santos et al. (2000), as resoluções foram a de manter o “doente” ligado a sua família, além da criação de estabelecimentos agrícolas junto aos asilos, com o intuito de solucionar os problemas tanto do Estado quanto da sociedade, esquecendo de proteger os que lá viviam. Apenas no século XX, surgiu na Itália um movimento contra a organização manicomial que aniquilaria a forma violenta e humilhante de tratar os internos, visando à criação de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Dirigido por Franco Basaglia, essa transferência de mudanças polêmicas causou movimentos similares também no Brasil.

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início nos anos 70, pactuando a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços, e aparece como protagonismo dos trabalhadores e beneficiários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Durante a crise do modelo de assistência do hospital psiquiátrico, juntamente com os movimentos sociais pelos direitos dos beneficiários psiquiátricos, o processo de Reforma Psiquiátrica

Brasileira cria sua própria história, com o intuito de superar a violência asilar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 06):

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Com os movimentos sociais, conduzidos pelo Projeto de lei Paulo Delgado (deputado federal de Minas Gerais) iniciam-se as substituições dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental e são implantados os primeiros CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Hospitais-dia, além das primeiras normas para fiscalização, classificação dos hospitais psiquiátricos e redução de leitos. E, após 12 anos de caminhada, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país, sofrendo algumas modificações importantes, sendo chamada como Lei Federal n.10.216, mais conhecida como lei antimanicomial (BRASIL, 2005).

A Lei Federal n. 10.216, de abril de 2001, objetivou redirecionar o modelo de assistência psiquiátrica brasileira visando garantir aos internos em instituições de saúde mental melhores condições, além de direitos de cidadania, prevendo a proteção das pessoas em sofrimento mental (SANT’ANA; BRITO, 2006). Brandão Junior e Besset (2012) afirmam que essa Lei gera um novo estágio de institucionalidade, dispondo-se no debate sobre a cidadania e as políticas públicas, reconhecendo dessa forma os ideais da reforma: a previsão de implantação de serviços não dirigidos pela lógica manicomial e a sugestão para que o tratamento ocorra preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

Porém, a desinstitucionalização traz consigo uma conotação mais vasta do que simplesmente desviar o centro da atenção do manicômio para a comunidade e família. Todo o conjunto deve ser desmitificado para que ocorra contato efetivo com o beneficiário na sua “existência” doente. Para Hirdes (2009), o termo “desinstitucionalização” exprime transferir a atenção da instituição para a comunidade, termo que teve origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica.

Já o conceito de desinstitucionalização definido pela reforma psiquiátrica não se restringe à substituição do hospital e à criação de novos serviços. Vai além, exigindo um deslocamento das práticas de cuidado em saúde mental para a comunidade, com a construção e implementação de novas formas de cuidado. O sujeito passa então a ser visto em sua totalidade, requerendo demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos. Vale ressaltar que a saúde mental foi considerada a pioneira na produção de novas formas de cuidado (PAES et al., 2013).

Com a descentralização dos serviços psiquiátricos, o caminho a ser traçado foi a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde, com a finalidade de adaptar esse indivíduo desajustado, devolvendo ao sujeito o seu estado normalizado e, prevenindo assim, o agravamento da doença mental, as internações desnecessárias e os gastos financeiros associados (AMARANTE, 2003).

Diante do exposto, evidenciou-se que a Política de Saúde Mental no Brasil foi elaborada com o intuito de promover a redução de leitos psiquiátricos e, quando em hospitais gerais, sejam internações de curta duração. Para mais, essa política visa à constituição de uma rede de serviços substitutivos que permitem atenção à pessoa com sofrimento psíquico no seu território, além do convívio familiar e da reabilitação social.

### 3.2 REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo Rodrigues et al. (2014) constituem o maior desafio para os sistemas de saúde por remodelarem o padrão de necessidades da população, impondo uma caracterização sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado.

Conforme Lavras (2011), as necessidades de saúde da população brasileira vêm se alterando em função das doenças demográficas decorrentes no país, apontando para o envelhecimento da população e também pelo considerável aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. Porém, a estruturação da RAS não corresponde ao manejo das doenças crônicas e, sim, às doenças agudas; além da fragmentação do sistema que compromete a integralidade da atenção oferecida.

Mendes (2011) mostra que o sistema de atenção à saúde é fragmentado e vige a visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidade crescentes, com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Ressalta ainda que o sistema público brasileiro de atenção à saúde se organiza em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade, fundamentada em um conceito de complexidade equivocado ao estabelecer que a APS seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta que o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta de saúde suplementar e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Assim, Rodrigues et al. (2014) ilustram que são vislumbradas novas formas de integração dos sistemas de saúde para o enfrentamento desta nova realidade social, sendo uma delas inspiradas na APS, especialmente por meio do fortalecimento do atributo coordenação. Com a intenção de superar a fragmentação existente nos sistemas de saúde, institui-se a RAS, de acordo com a Portaria n. 4.279, de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a).

A partir dessa portaria, foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);

Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Essa portaria também trata das diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde com vistas a assegurar ao beneficiário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

O objetivo da RAS (BRASIL, 2010) é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. E caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

No que se refere especificamente à APS, Lavras (2011) aponta que há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem. Mas, além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade.

No entendimento de instituições e estudiosos, Lavras (2011) traz a importância da APS como organizadora das Redes de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva da estruturação da RAS, o fortalecimento da APS se configura como a principal estratégia.

A operacionalização da RAS se dá, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), pela interação dos seus três elementos constitutivos: população e região de saúde definidos; estrutura operacional; e, um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A população e região de saúde devem existir com o intuito de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010). De acordo com Mendes (2011), a população é a sua razão de ser da rede, colocada sob responsabilidade sanitária e econômica.

A estrutura operacional é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e, o sistema de governança (BRASIL, 2010).

E o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010).

À vista disso, destacou-se a histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro e que tem o intuito de ser rompida com a implantação da RAS através da criação e enriquecimento do sistema de atenção à saúde. Como estratégia principal de estruturação da RAS se utilizou o fortalecimento da APS através de estratégias como o aumento da oferta de serviços da atenção primária com a diminuição de barreiras de acesso, estruturação dos serviços, e articulação do cuidado em rede.

### 3.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A atenção às crises em saúde mental tem sido apontada como um elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica. A amplitude, a qualidade, a efetividade e humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance dos processos de Reforma Psiquiátrica a partir da constituição de redes de cuidado e reabilitação psicossocial que contemplem as necessidades de atenção dos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas na população. O trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem, pois tanto para a base real bem como ao suporte da atenção integral à crise, é a rede ampla de assistência e reabilitação que sustenta os projetos terapêuticos de cada beneficiário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade (CAMPOS, 2014).

Hoje, esse modelo está delineado e determina a organização em rede dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial articulada às redes de atenção do SUS como um todo. Pela

Portaria GM/MS n. 3.088/11 (BRASIL, 2011) as Redes de Atenção Psicossocial são definidas como uma das redes que passam a integrar, oficialmente, em todas as regiões de saúde, o SUS, e são compostas por serviços de base territorial, que funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais que as pessoas frequentam: igrejas, terreiros, lojas, escolas, polícia, unidades de saúde.

Abaixo, segue resumidamente a composição da RAPS, segundo Portaria GM/MS n. 3.088/11 (BRASIL, 2011), com seus setores de atenção e estações de cuidado.

Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde.

Atenção Hospitalar: Leitos ou Enfermaria de Atenção Integral em Hospital Geral.

Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

A atenção à crise na RAPS e seus diversos pontos de atenção levantam um primeiro questionamento sobre o que autoriza a intervir e quais as possibilidades e condições para estabelecermos uma prática diferente de superação do modelo manicomial. A RAPS possibilita outras cenas de atuação, realizadas no território, nos serviços abertos, por meio de um cuidado em liberdade (CAMPOS, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que a RAPS inclui um ponto de atenção para internações breves motivadas principalmente por urgências clínicas, os leitos de saúde mental em hospital geral, além de oferecer possibilidades de acolhimento imediato e breve (leitos em CAPS 24 horas) em situações de crise ou de grande vulnerabilidade (LANCETTI, 2014).

A RAPS foi criada para ser uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção, com o intuito de atender as pessoas em sofrimento psíquico ou com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas oferecendo cuidado integral.

### 3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), apesar de ser um importante componente da assistência à saúde, constitui-se atualmente como uma das mais problemáticas áreas da saúde. Isso decorre de uma frágil estruturação da rede que, somada a um número cada vez maior de pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, acidentes e violência urbana, resulta em uma sobrecarga desta área no âmbito hospitalar, com consequente prejuízo à saúde da população (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Torna-se importante contextualizar que a primeira ação por parte do Ministério da Saúde, com vista a organizar a atenção às urgências e emergências no país ocorreu em 2003, com a publicação da Política Nacional de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006a). Desde então, estratégias são pensadas para que ocorra de fato a efetivação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Na perspectiva da RUE, atualmente a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família; o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 e das UPAs 24 horas; e, o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, considerada um importante componente da assistência à saúde, constitui-se hoje umas das mais problemáticas áreas do SUS (MENDES, 2011).

A RUE, instituída em julho de 2011, através da Portaria n. 1.600 do MS, tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos beneficiários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a).

Considerando a necessidade de aprimorar as condições para a implementação de todos os componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria n. 1601, em julho de 2011, resolve-se estabelecer diretrizes para a implantação do componente da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, da Rede de Atenção às Urgências, além de ser um

estabelecimento de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Estas unidades devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração da rede, em conformidade com a lógica de acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2011b).

Em agosto deste mesmo ano, a Portaria n. 2.026 é aprovada, considerando-se o SAMU 192 como um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências e a Central de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2011c).

O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou até mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2011c).

Já a Central de Regulação Médica das Urgências se configura por uma estrutura física constituída de trabalhadores capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção (BRASIL, 2011c).

E por último, institui-se, a partir da Portaria n. 2.029, em agosto de 2011, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial. Esta forma de atenção objetiva a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de beneficiários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos beneficiários. A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes (2011d).

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral

aos beneficiários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Desta forma, fica evidente que a implementação da RUE vem ocorrendo de forma pactuada, com o intuito de permitir uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado.

Dentre os componentes da RAS, a RUE se sobressai tendo em vista a relevância e a necessidade da atenção em situações clínicas agudas, apesar de que o contexto atual ainda é de superlotação dos Prontos Atendimentos.

### 3.5 ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

O cidadão brasileiro – assim como os dos mais diferentes países – há décadas usa os serviços suplementares de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfaz às suas necessidades (PEREIRA FILHO, 1999).

A história da legislação da rede privada teve início com a Lei n. 9.656, de 1998, que regulamentou o setor de planos de saúde, sendo definido como Plano Suplementar de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré- ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por trabalhadores ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente à operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

Em seguida, foi criada a Lei n. 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um órgão regulador, vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil e traz a missão de *promover a defesa do interesse público na Assistência Suplementar a Saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país* (BRASIL, 2000).

O decreto n. 3.327, de 2000, aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências (BRASIL,

2000a). E finalmente, em 2001, foi criada a Lei n. 10.185 que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos suplementares de assistência à saúde e dá outras providências (BRASIL, 2001).

### **3.5.1 Qualidade do atendimento na saúde suplementar**

A globalização dos mercados torna cada vez mais evidente as questões da qualidade. De fato, a maioria dos parceiros econômicos da saúde suplementar não admite a “não qualidade”. Por outro lado, a qualidade já é uma filosofia de atuação nas empresas modernas e competitivas, tornando-se cada vez mais numa questão de acesso a mercados mais exigentes. O interesse crescente em produzir com qualidade e demonstrá-lo é uma diferenciação positiva, que se tem vindo a afirmar em todas as áreas de atividade (CAIRES et al., 2008).

Percebe-se que na Rede de Atenção à Saúde Pública não existe um controle efetivo em relação a tal processo. Existem as ferramentas para diagnosticar e encontrar soluções para os problemas que afligem suas atividades diárias. Nesse tipo de serviço, a qualidade está sendo alvo da Política Nacional de Humanização, visando à melhoria do atendimento aos beneficiários da rede pública de saúde. Trabalhar com qualidade requer capacitação das equipes, articulação dos grupos de forma permanente, definição clara de objetivos, normatização do processo produtivo e avaliação contínua (CARVALHO, 2012).

De acordo com Silva et al. (2010), a qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços dos atores envolvidos neste contexto, tendo em vista a maior satisfação dos que necessitam desses serviços.

A avaliação da qualidade, como observam Vaitsman e Andrade (2005), tende a focalizar, de modo acentuado, dimensões objetivas e quantificáveis, excluindo dimensões humanas e subjetivas. Estes autores chamam a atenção para a necessidade de levar em conta não apenas os aspectos objetivos, como também subjetivos, visualizando-se, assim a interface com a questão da humanização.

Desde 1991, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), criada por 39 organizações suplementares e públicas do Brasil com o objetivo de administrar o Prêmio Nacional de Qualidade, promove ações que buscam atendimento pleno do modelo de gestão nos Critérios de Excelência (CE), editados pela FNQ e revisados anualmente, norteados por trabalhadores e acadêmicos que compartilham informações com

organizações internacionais cultivadoras de prêmios similares aos brasileiros. Os critérios de excelência se baseiam, entre eles: visão sistêmica; foco no beneficiário e no mercado; responsabilidade social; liderança e constância de propósitos; entre outros (SILVA et al., 2010).

No momento em que se tenta fazer uma comparação do setor de saúde suplementar com a rede pública, percebe-se que toda essa preocupação com a excelência do atendimento está voltada à saúde suplementar e, muito pouco ou quase nada, à rede pública de saúde. Essa forma de organização deve estar diretamente relacionada com a satisfação do beneficiário, indo além do cumprimento das suas necessidades imediatas.

A humanização e a qualidade do atendimento urge ficar atreladas a fatores que se relacionam direta e indiretamente com as necessidades, desejos dos seres humanos e principalmente, ligados à satisfação do beneficiário.

### 3.6 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Ao direcionar a atenção à saúde para a rede de urgência e emergência, entende-se que desafios devem ser superados no atendimento à saúde tais como: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos beneficiários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses beneficiários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros. É preciso, portanto, a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora.

Nessa perspectiva, a humanização é entendida como uma tarefa desafiadora, sob a valorização dos diferentes sujeitos, implicada no processo de produção de saúde: beneficiários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010b).

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004) surge para ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores. Portanto, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como “programa”, mas como uma política que opere transversalmente, ultrapassando fronteiras

dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam de produção de saúde.

Portanto, como política, a Humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre trabalhadores e beneficiários, entre os diferentes trabalhadores, entre as diversas unidades de saúde. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode furtar. De fato, esta tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece a construção/ativação de atitudes éticas, estéticas e políticas em sintonia com um projeto de qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os beneficiários na produção de saúde:

Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (BRASIL, 2010b, p. 06)

A PNH também aponta um forte dispositivo chamado de ambiência, que tem como objetivo modificar a forma tecnicista em que os trabalhadores de saúde tratam seus beneficiários. A ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2009).

A ambiência deve ser vista como a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogidos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho. Conforme Fernandes e Göttems (2013), essa compreensão de ambiência como diretriz da PNH é

norteada por três eixos principais: o espaço que visa à confiabilidade; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos.

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), o risco de tornar a humanização como um “programa” será como aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade.

Portanto, para que essa política seja efetiva, ela deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como um “programa” a mais a ser aplicado aos seus diversos serviços de saúde, mas como uma política que ocorre transversalmente em toda a rede de atenção à saúde.



## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória foi utilizada com a intenção de abordar as características e particularidades quanto aos objetivos pretendidos. De acordo com Gil (2008, p.27) as pesquisas exploratórias *têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores*. Este tipo de estudo estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração da pesquisa e proporciona uma maior familiaridade do problema.

A pesquisa descritiva, conforme Gil (2008), tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Já as pesquisas exploratórias descritivas são as que os pesquisadores preocupados com a prática realizam.

A pesquisa qualitativa busca uma compreensão daquilo que se estuda, centralizado no que é específico, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu em um Pronto Atendimento (PA) de saúde suplementar no Sul do Brasil, sendo este um local que atende através do convênio ou por consultas particulares. Presta assistência aos beneficiários acima de 15 anos em situações de urgência clínica e cirúrgica em período integral, além de ortopedia no período noturno.

Este PA divide-se em cinco áreas distintas:

A recepção – primeiro contato do beneficiário ao serviço, principal porta de entrada do Pronto Atendimento;

Atendimento de Enfermagem – após a confecção da ficha de atendimento é realizado o acolhimento com classificação de risco por enfermeiros, com auxílio dos técnicos de enfermagem devido à grande demanda, seguindo como guia um instrumento adaptado do Sistema de Manchester que através de cores se designa o tempo para atendimento, entre: emergente (vermelho), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e

não urgente (azul). Dentro de cada classificação, o beneficiário receberá a subclassificação de preferencial, no caso de idoso, prioritário pela gravidade, ou normal.

Atendimento médico – depois da classificação de risco, o médico chama o beneficiário para atendimento de acordo com a prioridade estabelecida, conforme protocolo institucional.

Sala de medicação – quando o beneficiário passa pelo atendimento médico e lhe é prescrito alguma medicação, será encaminhado ao primeiro andar.

Observação – possui sete leitos comuns e mais um de isolamento. O beneficiário que para lá é encaminhado, pode chegar referenciado e trazido por ambulância ou encaminhado pelo médico que o assiste através do atendimento do Pronto Atendimento.

Como estrutura física, esta unidade possui sete andares; no andar térreo encontram-se: a recepção onde o beneficiário faz a ficha para atendimento, um consultório para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco, cinco consultórios médicos, sala de curativo e realização de eletrocardiograma, sala de alto risco (2 leitos) e ortopedia, entrada de ambulâncias, sala morgue (local destinado a colocação do cadáver para aguardo da funerária), e recepção para entrega resultados de exames. No primeiro andar ficam localizados o raio-X, a sala de medicação, observação e a farmácia satélite. E nos demais andares, os serviços de apoio.

Em relação ao número de trabalhadores, este Pronto Atendimento consta com aproximadamente 36 médicos, oito enfermeiros assistenciais, 32 técnicos de enfermagem e 18 assistentes de autorização (UGF, 2014).

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização<sup>3</sup>.

O processo de atendimento envolve vários setores e atores: desde a chegada do beneficiário no serviço, que já começa na recepção - primeiro contato – até a sua saída. Esse processo tende a se intensificar à medida que o beneficiário vai passando pelas etapas do atendimento.

---

<sup>3</sup> Desempenha a função de recepção, atendimento aos beneficiários, autorização de consultas e exames, controle e revisão dos atendimentos para envio ao faturamento, atualização cadastral.

Foram critérios de inclusão: trabalhadores maiores de dezoito anos, com mais de três meses de tempo de serviço, e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ANEXO A – onde foram impressas duas vias e uma foi entregue ao participante.

Como critérios de exclusão: aqueles que não estavam no PA no período da pesquisa por licença de saúde ou férias e com menos de três meses de serviço. Optou-se por trabalhadores com mais de três meses, devido ao conhecimento das rotinas, melhor visão do atendimento e depois de passado o tempo de experiência.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para melhor compreensão da coleta de dados, foi ilustrado cada etapa através de momentos:

1º momento: os trabalhadores receberam um convite durante as trocas de plantão que serviu como abordagem e esclarecimento a respeito do que se tratava a pesquisa;

2º momento: com o aceite dos trabalhadores, as entrevistas foram agendadas para após encerramento de turno, de acordo com a disponibilidade de cada um. Desta forma, evitaram-se possibilidades de interrupções durante as entrevistas;

3º momento: os dados foram coletados através de entrevista com um roteiro semiestruturado (ANEXO B), entre o período de abril a junho de 2015. Vale ressaltar que o instrumento utilizado foi igual para todos os sujeitos da pesquisa, sendo que cada um respondeu de acordo com a função que ocupava dentro da instituição e das ações que desempenhava no Pronto Atendimento;

4º momento: após assinatura do TCLE, as entrevistas ocorreram em um consultório do Pronto Atendimento disponível e foram gravadas em áudio de acordo com a autorização de cada um com duração em média de 40 minutos.

5º momento: as entrevistas foram transcritas em sua íntegra para análise dos resultados obtidos; os participantes foram identificados através do número da entrevista, seguido de seu cargo/função, garantindo assim o anonimato (ex: enfermeiro1);

6º momento: utilizou-se o método observacional em relação à estrutura organizacional e busca de dados nos documentos da instituição;

7º momento: os dados produzidos foram arquivados em posse da pesquisadora, na sala do grupo de estudos APIS (Centro de Ciências da Saúde, bloco H, 2º piso, UFSC) e somente a pesquisadora e sua orientadora têm acesso a esse material.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011) que trata do rigor metodológico, da organização fundamental à compreensão do método, além de trazer aos pesquisadores essa forma de análise como um método que produz sentidos e significados nas diversas amostragens encontradas no mundo acadêmico. Esta forma de analisar permite seguir a saturação dos dados e gerar as categorias de análise conforme surgem as ideias por proximidade das falas dos participantes. Este método se desenvolve em três fases:

Pré-análise – fase da organização, com o intuito de sistematizar a condução das operações que surgirem das análises. São fontes de construção de conhecimento. Reconhecer e restringir a análise;

Exploração do material – é uma fase longa, momento de administrar as decisões tomadas na fase anterior, realiza-se a codificação envolvendo: recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação - escolha da categoria;

Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação – esta fase torna os dados válidos e significativos, através de procedimentos que possibilitem colocar em evidência as informações obtidas.

Estes dados foram discutidos à luz da Política Nacional de Humanização e outras políticas e legislações vigentes.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme indica o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, fundamentado no Decreto n. 466/12 das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos - que sugere a qualquer pesquisa que envolva individual ou coletivamente o ser humano, de forma direta e indireta, em sua totalidade ou partes dele. Foram garantidos os referenciais básicos da bioética: sigilo, anonimato, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Este projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil de Pesquisa e de lá direcionado ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina pelo fato de o CEP da UFSC estar em greve nesse período.

Com isso, o projeto apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, teve aprovação sob o Parecer n. 1.005.999/2015. A utilização do TCLE (ANEXO A) visa garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas e enfatiza que a recusa de participação não implicará em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os sujeitos.



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Multiprofissional em Saúde associado à Residência Multidisciplinar em Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2014), o capítulo de apresentação e discussão dos resultados do relatório de pesquisa estão apresentados na forma de três manuscritos. A seguir apresentam-se os manuscritos elaborados o qual foram intitulados:

**MANUSCRITO I: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À AMBIÊNCIA DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR PARA ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL;**

**MANUSCRITO II: RECONHECIMENTO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL PELO TRABALHADOR DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR;**

**MANUSCRITO III: O CUIDADO NÃO DITO AO BENEFICIÁRIO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR.**

## 5.1 MANUSCRITO 1 - PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À AMBIÊNCIA DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR PARA ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

PERCEPTION OF WORKERS AS THE ENVIRONMENT FOR SERVICE IN CRISIS SITUATION IN MENTAL HEALTH

PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES COMO EL MEDIO AMBIENTE PARA EL SERVICIO EN SITUACIÓN DE CRISIS EN SALUD MENTAL

Priscilla Almeida Pereira  
Maria Terezinha Zeferino

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer como os trabalhadores do Pronto Atendimento Suplementar percebem a ambiência desse serviço para a atenção à situação de crise em saúde mental. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, com três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. Utilizou-se como coleta de informação sobre estrutura, funcionamento e recursos humanos, a observação da área e busca de dados em documentos da instituição. **Resultados:** Emergiram quatro categorias temáticas: estrutura funcional do Pronto Atendimento suplementar; composição da ambiência; percepção dos trabalhadores quanto à estrutura física para o atendimento em situação de crise em saúde mental; percepção dos trabalhadores quanto aos recursos humanos para o atendimento em situação de crise em saúde mental; percepção dos trabalhadores quanto ao fluxo para o atendimento em situação de crise em saúde mental. **Considerações finais:** O estudo demonstra que a ambiência sugere a criação de espaços que propiciem mudanças no processo de trabalho de acordo com as necessidades dos beneficiários e dos trabalhadores.

**Descritores:** Saúde Suplementar. Estrutura dos serviços. Saúde mental. Intervenção na crise. Serviços de Saúde Mental.

### ABSTRACT

**Objective:** Know how workers perceive the Emergency Supplemental Service ambience of this service for attention to mental health crisis. **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive research, with three

doctors, four nurses, four nursing technicians and four assistants authorization. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed through Thematic Content Analysis. It was used as gathering information about structure, operations and human resources, observing the area and search for data in the institution's documents. Results: Four thematic categories emerged: the functional structure Ready supplementary service: composition of the ambiance; perception of workers about the physical structure for care in mental health crisis; perception of workers as human resources for mental health care in crisis situations; perception of workers as to flow to the care in mental health crisis. Final thoughts: The study shows that the ambiance suggests the creation of spaces that provide changes in the work process according to the needs of beneficiaries and workers.

**Keywords:** Health Insurance. Structure of services. Mental health; Crisis intervention. Mental Health Services

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Conocer cómo los trabajadores perciben el ambiente Servicio Suplementario de Emergencia de este servicio de atención a la crisis de salud mental. **Método:** Cualitativo, exploratorio y la investigación descriptiva, con tres médicos, cuatro enfermeras, cuatro técnicos de enfermería y cuatro autorización asistentes. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados mediante análisis de contenido temático. Fue utilizado como la recopilación de información acerca de la estructura, las operaciones y los recursos humanos, la observación de la zona y la búsqueda de datos en los documentos de la institución. **Resultados:** cuatro categorías temáticas surgieron: el servicio suplementario Listo estructura funcional: composición de la atmósfera; la percepción de los trabajadores sobre la estructura física de atención en crisis de salud mental; la percepción de los trabajadores como de los recursos humanos para la atención de la salud mental en situaciones de crisis; la percepción de los trabajadores como para fluir a la atención en crisis de salud mental. **Consideraciones finales:** El estudio muestra que el ambiente sugiere la creación de espacios d que los cambios de acogida en el proceso de trabajo de acuerdo a las necesidades de los beneficiarios y de los trabajadores.

**Palabras clave:** Seguro de Salud. Estructura de los servicios. Salud mental. Intervención en crisis. Servicios de Salud Mental.

## **INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de noventa, procuraram defender os direitos, os deveres e o compromisso com a saúde, fundamentados nos princípios: integralidade, igualdade, equidade e universalidade. Com tais princípios, busca-se um cuidado integral, a promoção da saúde, e resultados importantes para a saúde coletiva, seja no aspecto físico, psíquico ou social (AMARANTE et al., 2011).

Ao focar na melhoria do atendimento através de ações que a promova bem como a qualidade da assistência, principalmente nas relações entre beneficiários e trabalhadores em saúde, é que foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, buscando produzir mudanças no modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2013).

Humanizar, então, traduz-se como inclusão das diferenças no processo de gestão e cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

Como tecnologia de humanização surge à ambiência, ou seja, a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de beneficiários e trabalhadores de cada serviço deve ser uma orientação para melhorar o trabalho em saúde (BRASIL, 2013).

O conceito de ambiência pode ser compreendido a partir de três eixos (BRASIL, 2010a, p.06):

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários. O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho. O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem

estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

Para garantir a integralidade do cuidado, os serviços de saúde se organizam em redes de atenção à saúde, em níveis crescentes de complexidade com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, tais como: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

Para atenção em saúde mental, esse modelo determina a organização em rede dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulada às redes de atenção do SUS como um todo. Pela Portaria GM/MS n. 3.088/11 (BRASIL, 2011) a RAPS é definida como uma das redes que passam a integrar, oficialmente, em todas as regiões de saúde, o Sistema Único de Saúde e são compostas por serviços de base territorial, que funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais que as pessoas frequentam: igrejas, terreiros, lojas, escolas, polícia, unidades de saúde.

A RAPS como um todo acolhe as crises e, tratando-se de crise em saúde mental, vale conceituar que, segundo Silva (2007), o sujeito que apresenta transtornos mentais seria o inadequado, ou seja, aquele que rompe com a ‘doutrina dos costumes’. A crise, nesse sentido, passa a envolver uma questão fundamentalmente social, configurando-se a partir de aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante.

Os serviços de saúde mental no Brasil podem ser públicos quando financiados e prestados pelo Estado e, privados, quando custeados diretamente pelos indivíduos ou quando financiados por operadoras de planos de saúde, o que se denomina de sistema suplementar de saúde (BRASIL, 2006).

No sistema suplementar o beneficiário (indivíduo que tem direito a usar este sistema privado) paga mensalmente uma quantia estabelecida através de contrato, a uma empresa (operadora de planos de saúde) que é responsável pela garantia da sua assistência. Contudo, no sistema operado pelos planos de saúde, o tratamento dado à saúde mental é recente. Enquanto o SUS, nesse período, já estava avançado, o sistema suplementar de saúde caminhava lentamente, repetindo trajetos

iniciais do sistema público de saúde, como o segregamento dessa área de atenção à saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Deve-se ressaltar que as políticas desenvolvidas para o setor privado são resultado da não hegemonia do modelo de reforma psiquiátrica em curso no sistema público de saúde e, principalmente, dos interesses econômicos intrínsecos ao setor privado. Tal fato demonstra que medidas urgentes precisam ser tomadas no sentido de que o setor suplementar de assistência à saúde mental acompanhe os movimentos do SUS e possa integrar-se a ele, alcançando experiências exitosas que contribuam para a melhoria das ações de saúde mental (JARDIM et al., 2009).

O atendimento em situação de crise em saúde mental ainda é um desafio já identificado na política atual da RAPS que vem se desenvolvendo para a atenção integral ao usuário dentro da política do SUS. Esta lacuna também fica evidente na rede suplementar, que ainda tem como desafio a inserção do cuidado em saúde mental na sua rede, entendendo a crise como signatária dessa integração. Assim, estudar a atenção à crise na rede suplementar ajudará no direcionamento de uma política de atenção integral aos beneficiários desse sistema qualificando o cuidado prestado.

Assim, o objetivo deste estudo é conhecer como os trabalhadores do Pronto Atendimento Suplementar percebem a ambiência desse serviço para a atenção à situação de crise em saúde mental.

## **MÉTODO**

Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Pronto Atendimento (PA) de saúde suplementar no Sul do Brasil, sendo este um local que atende através do convênio ou por consultas particulares. Presta assistência aos beneficiários acima de 15 anos em situações de urgência clínica e cirúrgica em período integral, além de ortopedia no período noturno.

Participaram do estudo três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização<sup>4</sup>, maiores de dezoito anos e com de três meses de tempo de serviço. Como critérios de exclusão, optou-se por aqueles trabalhadores que não estavam no PA

---

<sup>4</sup> Desempenha a função de recepção, atendimento aos beneficiários, autorização de consultas e exames, controle e revisão dos atendimentos para envio ao faturamento, atualização cadastral.

no período da pesquisa por licença de saúde ou férias e com menos de três meses de serviço. Decidiu-se por trabalhadores com mais de três meses, devido ao conhecimento das rotinas, melhor visão do atendimento e depois de passado o tempo de experiência.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, entre o período de abril a junho de 2015. As entrevistas ocorreram em um consultório do Pronto Atendimento disponível e foram gravadas em áudio de acordo com a autorização de cada um com duração em média de 40 minutos.

Em seguida, foram transcritas em sua íntegra para análise dos resultados obtidos. Os participantes foram identificados através do número da entrevista, seguido de seu cargo/função, garantindo assim o anonimato (ex: enfermeiro1). Utilizou-se o método observacional em relação à estrutura organizacional e busca de dados nos documentos da instituição para a descrição.

As informações coletadas foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011), respeitando as três fases: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Estes dados foram discutidos à luz da Política Nacional de Humanização e outras políticas e legislações vigentes. A seguir, serão apresentados de forma descritiva.

Este estudo teve aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob o Parecer n. 1.005.999/2015, atendendo a Resolução n. 466/12 e suas complementares.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente se fez uma apresentação da estrutura funcional do Pronto Atendimento em estudo, com o intuito de apresentar a sua composição da ambiência, referindo-se à ambiência como espaço social, profissional e relacional. Em um segundo momento, após análise dos dados, formaram-se três categorias temáticas: percepção dos trabalhadores quanto à estrutura física para atendimento em situação de crise em saúde mental; percepção dos trabalhadores quanto aos recursos humanos para atendimento em situação de crise em saúde mental; e, percepção dos trabalhadores quanto ao fluxo para o atendimento em situação de crise em saúde mental.

## ESTRUTURA FUNCIONAL DO PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR: COMPOSIÇÃO DA AMBIÊNCIA

Neste estudo, a estrutura funcional se refere à composição da estrutura física, recursos humanos e fluxo de atendimento do Pronto Atendimento (PA).

### **Estrutura física**

Este serviço de Pronto Atendimento se destina ao atendimento de adultos, com funcionamento 24 horas por dia. Quanto à estrutura física, o prédio onde funciona o PA possui sete andares. No andar térreo se encontram a recepção onde o beneficiário faz o cadastro para atendimento, um consultório para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco, cinco consultórios médicos, uma sala de procedimentos, uma sala de alto risco com dois leitos e sala de procedimento ortopédico, entrada de ambulâncias e sala morgue (local destinado à colocação de corpos após o óbito).

No primeiro andar ficam localizadas além da sala para realização de raio-X, a sala de medicação e aplicação de medicamentos, a de observação com oito leitos sendo um de isolamento e a farmácia satélite (esta serve para agilizar a dispensação de medicamentos e materiais, além da conservação, armazenamento e controle).

Nos demais andares estão os serviços de apoio, ou seja, serviço de ambulatório, diagnóstico por imagem e em cardiologia, laboratório e serviço de atendimento domiciliar.

### **Recursos humanos**

A equipe de trabalhadores do PA em estudo conta com 36 médicos, oito enfermeiros assistenciais, 32 técnicos de enfermagem, 18 assistentes de autorização (UGF SERVIÇOS DE SAÚDE, 2014). Destes trabalhadores, participaram do estudo três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização totalizando 15 participantes que representam a amostra de todos os trabalhadores.

Dos 15 trabalhadores, 14 são do sexo feminino (93,34%) e um do sexo masculino (6,66%).

A idade varia entre 23 e 52 anos, com maior prevalência na faixa etária de 34 a 43 anos, com seis representantes (40%), quatro, de 23 a 33 anos (26,66%) e cinco, dos 44 aos 53 anos (33,34%).

Destes trabalhadores, três são médicos (20%), o primeiro, com especialização em neurologia, o segundo, em clínica médica e medicina de urgência e o terceiro, sem especialização; de quatro enfermeiros (26,66%), o primeiro, com especialização em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e MBA em Gestão e Administração Hospitalar, o segundo, com especialização em Urgência e Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar, o terceiro, está cursando especialização em Urgência e Emergência e o quarto, não possui especialização, mas sim, graduação em Administração; quatro técnicos de enfermagem (26,66%) e quatro assistentes de autorização (26,66%), o primeiro, com graduação em administração, o segundo, em gestão hospitalar, o terceiro, em turismo e hotelaria; e apenas um, com nível médio.

Com isso obteve-se um total de 10 trabalhadores que possuem o nível superior completo (66,66%), um, com nível superior incompleto (6,66%) e quatro, com nível médio completo (26,66%).

A carga horária realizada pelos médicos dentro desta instituição varia entre 15 a 20 horas semanais (15h, 16h e 20h); já para os demais trabalhadores, a carga horária realizada nesta instituição é de 44 horas semanais.

O tempo de serviço neste PA varia de três a 96 meses, com prevalência no tempo de 29 a 41 meses, representado por seis trabalhadores (40%); três trabalhadores com três a 15 meses (20%), três, de 16 a 28 meses (20%) e três, com 42 meses ou mais (20%).

Dos 15 trabalhadores entrevistados, oito possuem outro vínculo (53,33%) e sete possuem vínculo único (46,66%). O tempo de serviço em outro vínculo variou de um a 360 meses, com prevalência entre um a 24 meses, oito trabalhadores (57,14%); um, dos 25 aos 49 meses (7,14%); um, dos 50 aos 74 meses (7,14%) e quatro, dos 75 meses ou mais (28,57%).

A carga horária do segundo vínculo varia de 15 a 60 horas semanais, com prevalência entre 36 a 45 horas, com quatro trabalhadores (50%); dois, entre 15 e 25 horas semanais (25%), um, entre 26 e 35 horas semanais (12,5%) e um, entre 45 ou mais (12,5%).

Para os médicos, a carga horária do outro vínculo varia de 15 a 60 h/semanais (15, 30 e 60 h/semanais); para os enfermeiros, 15 e 44 h/semanais; para os técnicos de enfermagem, entre 30 a 44 h/semanais (30,40 e 44 h/semanais).

## **Fluxo de atendimento**

Para a descrição do fluxograma do PA em estudo, o atendimento se apresenta dividido em áreas que norteiam o andamento do beneficiário dentro da instituição:

**Recepção** – a principal porta de entrada ao PA, primeiro contato do beneficiário com o serviço, onde o assistente de autorização confecciona o cadastro para atendimento. Em relação à estrutura física, a recepção possui três antessalas destinadas à espera do beneficiário para atendimento, para aguardar os resultados de exames de imagem e laboratoriais, ou para reavaliação médica.

**Acolhimento** – é realizado por enfermeiros, com auxílio dos técnicos de enfermagem, utilizando como guia um protocolo adaptado para Classificação de Risco que através de cores designa o tempo para atendimento, entre: emergente (vermelho) – atendimento imediato; urgente (amarelo) – atendimento em até 10 minutos; pouco urgente (verde) – atendimento em até duas horas; e não urgente (azul) – atendimento em até quatro horas. Dentro de cada classificação, o beneficiário pode receber a subclassificação de preferencial (no caso de idosos, gestantes, mães com crianças de colo ou em período de amamentação, portadores de necessidades especiais) ou prioritário de acordo com a gravidade (UGF SERVIÇOS DE SAÚDE, 2014a).

**Atendimento médico** – após a classificação de risco, o médico chama o beneficiário para atendimento de acordo com a prioridade estabelecida. Após avaliação médica, o beneficiário pode ser encaminhado à sala de medicação, a realização de exames por imagem, a exames laboratoriais, a observação ou alta.

**Observação** – também chamado de semi-intensiva, é uma área composta por oito leitos, sendo um de isolamento. O beneficiário que para lá é encaminhado, pode chegar referenciado e trazido por ambulância ou encaminhado pelo médico que o assiste através do acolhimento. Este beneficiário deve permanecer no leito por até 24h para elucidação diagnóstica.

**Desfecho** – pode se dar das seguintes formas: alta, encaminhamento à rede suplementar ou pública de saúde, a instituições psiquiátricas, acompanhamento ambulatorial ou internação domiciliar.

## PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO À ESTRUTURA FÍSICA PARA O ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Com o intuito de averiguar a forma de cuidado em saúde através da estrutura física, devem ser levados em consideração os seguintes componentes: a organização administrativa, materiais e tecnologias empregados na assistência, a descrição das características das instalações e da equipe. Esta dimensão de cuidado se preocupa em identificar se os recursos são empregados de forma adequada para se alcançar uma boa intervenção na crise (KANTORSKI et al., 2012).

Ao analisar as percepções apontadas pelos trabalhadores de saúde, percebeu-se através das falas, sobre alguns posicionamentos a respeito da estrutura física para lidar com o beneficiário em situação de crise em saúde mental:

***Assistente de autorização 3:** a recepção do Pronto atendimento fica muito escondida, aqui bem atrás. O pessoal fica circulando o prédio todo para encontrar a recepção do PA, acho que deveria ser mais na frente, bem na chegada mesmo.*

***Técnico de enfermagem 1:** temos uma fragilidade importante na parte estrutural porque o médico que atende esse paciente está no térreo e o paciente é encaminhado ao primeiro andar para ser medicado. Caso ele tenha uma crise, o médico demora muito para chegar.*

Em relação à estrutura física, em uma das falas percebe-se que, quanto ao acesso ao serviço de saúde em estudo, a localização desta área se encontra ao final da garagem, dificultando a identificação da entrada/acesso ao PA. O dimensionamento, a sinalização e a localização de acesso, devem ser cuidadosamente estudados devido à necessidade de garantir aos beneficiários (que, em geral, não estão familiarizados com o estabelecimento assistencial de saúde) um rápido acesso à entrada, fundamental nos casos que, por sua gravidade, exijam um atendimento imediato (BRASIL, 2011a).

Quanto à sala de medicação se encontrar em andar diferente do consultório médico, não consta nenhum registro neste sentido na Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde (BRASIL, 2011a). Apesar de a colocação ser bastante relevante.

Na avaliação qualitativa da estrutura física, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a ambiência, quando abrange o espaço físico, também está relacionada à limpeza, conforto, pintura, percepção visual, sonora e olfativa, tamanho dos ambientes e trânsito nos interiores. Essas medidas propiciam a criação de ambientes acolhedores para o desenvolvimento do processo de produção de saúde (KANTORSKI et al., 2012).

Percebe-se que a estrutura física disponível no Pronto Atendimento em estudo, apesar de ampla, possui algumas fragilidades em relação às características de instalação, como o acesso principal que fica no final da garagem e da sala de medicação que se encontra em outro andar, interferindo assim o atendimento deste trabalhador ao beneficiário em situação de crise em saúde mental.

### PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS PARA O ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde mental deve se dar em todos os níveis de atenção à saúde, porém, a atenção à crise em saúde mental ainda é vista como o silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito pela insegurança dos trabalhadores em saúde ao lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente nos processos de trabalho e articulação com as práticas (FIALHO, 2014).

Diante das falas, percebeu-se o despreparo e a insegurança do trabalhador em lidar com o beneficiário em situação de crise em saúde mental, relacionado à insegurança, ao medo e ao estigma que se tem sobre a crise.

***Enfermeiro 3:** nossa fragilidade é com a equipe porque aqui no Pronto Atendimento que é geral, acho que a gente não está muito preparado, ao contrário do Instituto de Psiquiatria e do CAPS que são acostumados a lidar com isso todos os dias.*

***Médico 3:** considero uma fragilidade importante o medo em não saber lidar com o louco.*

O preconceito e o estigma relacionado à loucura ocorrem pelo desconhecimento sobre transtornos mentais, o que gera uma reação negativa diante das pessoas com sofrimento mental e gerando exclusão

nas relações sociais, além da dificuldade no relacionamento familiar e profissional.

Esta visão sobre a pessoa com “doença mental”, disseminada historicamente e através da cultura de hospícios e pela legislação criada pelas diferentes sociedades, promove sentimentos de medo, desconfiança e aversão pelos “loucos” até os dias de hoje (SALLES; BARROS, 2013).

O estigma é definido como uma diferença indesejada, atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo, e quando relacionado à doença mental gera o medo do desconhecido, exclusão e um conjunto de falsas crenças que são originadas da falta de conhecimento e de compreensão sobre transtorno mental (SALLES; BARROS, 2013).

Os trabalhadores deste PA alegam que os da RAPS estão preparados para lidar com o beneficiário em situação de crise pelo fato de esta situação ser corriqueira em seu local de trabalho. Já os trabalhadores da RAPS argumentam que quando um beneficiário se apresenta em situação de crise, alegam dificuldade em atender às situações classificadas como urgência e emergência, pela ausência, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de alguns equipamentos de suporte clínico – desfibrilador, oxímetro, glicosímetro –, sob pena de expor os beneficiários a riscos clínicos. Baseados nesse argumento defendem a necessidade do instrumental de suporte clínico (SILVA; DIMENSTEIN, 2015).

Com isso, evidencia-se que os trabalhadores deste PA que prestam atendimento generalista, não estão preparados para atender esse tipo de situação, pelo simples fato de não se sentirem seguros a realizar este tipo de abordagem. Esta situação está relacionada com o estigma e a insegurança por esses tipos de caso não serem abordados em capacitações ou por se misturarem com sentimentos pessoais do trabalhador que realiza este atendimento.

Apesar das fragilidades apontadas, estes trabalhadores também ressaltam a importância do trabalho em equipe e o fortalecimento do atendimento prestado através das relações:

*Assistente de autorização 1: percebo que os pacientes são bem avaliados pela equipe e que recebem toda a atenção, recebendo muitas vezes uma prioridade em relação aos demais.*

*Enfermeiro 2: acho que temos uma estrutura e profissionais para lidar com paciente desse tipo, temos profissionais competentes para isso.*

**Enfermeiro 3:** *acho que nossa maior potencialidade é em estar perto dos médicos, essa nossa proximidade em poder estar dizendo: “doutor, consegue atender essa paciente? Ela não está bem”. É proporcionar agilidade por estar próximo.*

**Médico 3:** *o ponto positivo que temos é a abertura e o apoio que encontramos em nossos colegas.*

O trabalho em equipe deve ser visto como a dedicação de um grupo de pessoas para a realização de uma tarefa ou determinado trabalho, possibilitando assim a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados. Esta é uma forma de otimização do tempo e da qualidade da assistência prestada, além de contribuir para o conhecimento do outro indivíduo e aprender novas tarefas.

Para que algo se constitua num objeto de trabalho, é necessário que haja, com base nele, a construção abstrata e idealizada de um resultado ou de um objetivo que se queira atingir. Nesta perspectiva, o objeto de trabalho em saúde é a pessoa ou grupos para quem se dirige a assistência, seja ela saudável ou doente, que passa por transformações com vistas a preservar a vida, promover a saúde e/ou a melhora e recuperação em situações de sofrimento ou adoecimento (SANTOS, 2013).

O trabalho, quando acontece em equipe, ganha força e a noção de equipe é tomada como uma realidade de trabalhadores que atuam conjuntamente em cima do atendimento prestado, na transformação de múltiplos saberes.

## PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO AO FLUXO PARA O ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Os enfermeiros e médicos apresentam uma percepção um pouco mais apurada que os demais trabalhadores em saúde e ressaltam a falta de Rede de Atenção à Saúde Suplementar na mesma lógica da RAPS por não existir um local para encaminhamento:

**Enfermeiro 4:** *a fragilidade é não ter um encaminhamento ágil para este paciente.*

**Médico 1:** *bom, a fragilidade é não existir referenciamento, a rede. Acredito que a rede é como o SUS, só existe no papel.*

*Médico 2: eu acho que a maior fragilidade do nosso sistema é a falta de leitos psiquiátricos, a rede, não ter para onde encaminhar.*

O objetivo do trabalho através da rede de Atenção à Saúde (RAS) – modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde - é o de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Este modelo se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Fica evidente que, apesar de se possuir uma estrutura funcional operacional, precisa-se de um serviço em rede para que exista a continuidade do atendimento prestado. De acordo com Fialho (2014), nenhum sistema ou organização de forma isolada tem forças para fazer as transformações necessárias às políticas de saúde, sociais e econômicas. As redes, com seus diversos pontos de atenção, agregados em diferentes componentes que, contando com um leque ampliado de possibilidades e tecnologias de cuidado, podem fazer frente à complexidade da demanda que se expressa e deve ser compreendida de modo psicossocial.

Os trabalhadores do sistema suplementar de saúde se deparam com esta importante fragilidade do seu sistema de saúde, que é a falta de um sistema de saúde em rede, ou seja, o beneficiário em situação de crise em saúde mental procura atendimento no Pronto Atendimento Suplementar e recebe o primeiro atendimento, mas o trabalhador não tem como acompanhar o seguimento de seu cuidado. Muitas vezes este beneficiário é encaminhado para internação ou acompanhamento no sistema público de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O serviço de urgência, independente de ser suplementar ou público de saúde, para um atendimento de qualidade, necessita de uma estrutura funcional a seu favor e, além disso, necessita prestar um atendimento de qualidade. Para isso, não basta apenas possuir uma

estrutura física adequada, recursos humanos suficientes e fluxo de atendimento estruturado sem que se preste um atendimento acolhedor e com escuta ativa ao beneficiário.

Algo que merece destaque é a ambiência, esta deve ser vista como um espaço pensado no trabalhador e no beneficiário, com o intuito de proporcionar uma assistência à saúde mais envolvente e resolutiva. Independentemente de se possuir estruturas amplas, devem ser bem planejadas para que se a use a favor do trabalhador durante o atendimento em situação de crise.

Em relação aos recursos humanos, evidencia-se a percepção de insegurança, de medo, de estigma pelos trabalhadores. Porém, esta percepção também se deu pelo trabalho em equipe e pelas relações que favorecem o atendimento à crise e o fortalecimento da equipe.

Sobre o fluxo de atendimento, infelizmente o sistema suplementar de saúde encontra uma grande barreira que merece ser estudada e estruturada para que se tenha uma continuidade e um acompanhamento deste beneficiário em situação de crise.

Entende-se que a saúde suplementar como subsidiária do SUS deva seguir a sua política e que a além da supervisão da agência reguladora e dos conselhos de profissionais, o próprio SUS por meio dos seus serviços qualificados nos Estados e Municípios possa monitorar e qualificar os serviços suplementares para o atendimento de qualidade aos cidadãos em nosso País.

Com isso fica evidente para que o serviço realmente funcione, necessita-se que, além da fiscalização e monitoramento das ações, ocorra um acompanhamento do trabalhador que atende o beneficiário, através de educação permanente. Estas ações devem ser pensadas e trabalhadas de forma consecutiva com o intuito de qualificar o atendimento ao beneficiário em situação de crise em saúde mental, entendo que a atenção na crise ainda é um grande desafio tanto para a rede pública de saúde quanto para a rede suplementar.

Assim, entende-se que se precisa de uma política conjunta para atenção às situações de crise em todos os pontos da rede suplementar e pública de forma que a crise em saúde mental não se torne uma urgência ou emergência e coloque em risco a vida dos cidadãos que procuram os serviços para resolução dos seus sofrimentos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, A L; LEPRE, A S; GOMES, J L D; et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; v.20, n.1, p.85-93.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. **A política de regulação do Brasil**. MENDONÇA, C S; dos REIS, A T; de MORAES, J C (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS – Proposta de Documento (Versão Final para Análise)**. 2010. Disponível em: <[http://portal.saudegov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saudegov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 32 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

FIALHO, M B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

JARDIM, V M R; CARTANA, M H F; KANTORSKI, L P; QUEVEDO, A L A. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.

KANTORSKI, L P; MACHADO, R A; LEMÕES, M A M; de QUADROS, L C M; COIMBRA, V C C; JARDIM, V M R. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc Cuid Saude*, jan-mar; v.11, n.1, p.173-180, 2012.

SALLES, M M; BARROS, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, jul-set; v.22, n.03, p.704-12.

SALVATORI, R T; VENTURA, C A A. A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. **Saude soc.** [online]. 2012, v.21, n.1, pp. 115-128. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/12.pdf> >. Acesso em: 30 jul. 2015.

SANTOS, J C. **O estigma da doença mental**: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. Dissertação [Mestrado]: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2013, 205p.

SILVA M L B, DIMENSTEIN M D B. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v.66, n., p.31-46, 2015

SILVA, M V. A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. **Rev. In-Tensa. Ex-Tensa**, Salvador, ano 1, n. 1, p. 40-41, 2007.

UGF Serviços de Saúde. **Escala de serviço** – documento interno.  
Florianópolis, Unimed, 2014.

UGF Serviços de Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Florianópolis, Unimed, 2014a.

## 5.2 MANUSCRITO 2 - RECONHECIMENTO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL PELO TRABALHADOR DE UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR

CRISIS IN RECOGNITION OF MENTAL HEALTH BY THE WORKER OF A SUPPLEMENTARY READY SERVICE

CRISIS EN EL RECONOCIMIENTO DE SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR DE UN SERVICIO DE LISTA COMPLEMENTARIA

Priscilla Almeida Pereira  
Maria Terezinha Zeferino

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, nas diferentes etapas de um Pronto Atendimento Suplementar do Sul do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, com três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Dos depoimentos se apreendeu quatro categorias temáticas: a crise como expressão do descontrole emocional; a crise como perda do controle da vida; a crise como expressão da busca do sentido do sofrimento; o sentido da crise para o trabalhador no Pronto Atendimento suplementar. **Considerações finais:** O estudo demonstra que o trabalhador reconhece a crise em saúde mental e que considera que o melhor a ser feito, é priorizar este tipo de atendimento.

**Descritores:** Saúde mental. Saúde suplementar. Intervenção na crise.

### ABSTRACT

**Objective:** Describe how the service is performed to beneficiaries in crisis in mental health, in different stages of an Emergency Care Supplemental in the South of Brazil. **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive research, with three doctors, four nurses, four nursing technicians and four authorization assistants. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. **Results:** From the testimonials four thematic categories were seized: the crisis as an expression of emotional control; the crisis as loss of control of life; the crisis as an expression of the meaning of suffering

search; the sense of crisis for workers in the Ready Supplementary Service. Final thoughts: The study demonstrates that the employee recognizes the mental health crisis and believes that the best thing to do is prioritize this type of care.

**Keywords:** Mental health. Health insurance. Crisis intervention.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir cómo se realiza el servicio a los beneficiarios en la crisis en la salud mental, en diferentes etapas de una Suplementario Sur Atención de emergencia de Brasil. Método: cualitativo, exploratorio y la investigación descriptiva, con tres médicos, cuatro enfermeras, cuatro técnicos de enfermería y cuatro autorización asistentes. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados mediante análisis de contenido temático. Resultados: Los incautados cuatro temáticas Categorías Testimonios: la crisis como una expresión de control emocional; la crisis como la pérdida de control de la vida; la crisis como una expresión del sentido de la búsqueda de sufrimiento; la sensación de crisis para los trabajadores del Servicio Complementario Listo. Consideraciones finales: El estudio demuestra que el empleado reconoce la crisis de salud mental y cree que lo mejor que puede hacer es dar prioridad a este tipo de atención.

**Palabras clave:** Salud mental. Seguro de salud. Intervención en crisis

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde afirma que não existe definição oficial de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a mesma é definida (WHO, 2001). Admite-se, entretanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais. Assim, saúde mental tem sido cada vez mais entendida como produto de múltiplas e complexas interações que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A saúde mental deve ser entendida como um campo ou área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Os conhecimentos envolvidos são tão amplos que se encontra dificuldade em delimitar suas fronteiras. A saúde mental muitas vezes acompanha a alteração das condições físicas e reduz a qualidade de vida (PAYNE et al., 2013).

A reforma psiquiátrica brasileira teve seu percurso inicial na década de 1970, durante o período da ditadura militar, momento em que a internação era o modelo principal de intervenção. Ocorreram inúmeros questionamentos por parte dos trabalhadores da área, principalmente em relação à centralidade do cuidado estar pautada no modelo biomédico e suas formas de controle por vias medicamentosas, além da violação dos direitos humanos que era muito comum nos hospitais psiquiátricos (PASSOS, 2015).

Nesse período, movimentos sociais lideravam a pauta de reivindicações políticas, sociais e culturais. A reforma psiquiátrica brasileira se constituiu juntamente com o processo de redemocratização do país. O movimento de reforma psiquiátrica, a partir da influência italiana, buscava transformar o paradigma manicomial, propondo um 'outro lugar' social ao sujeito em sofrimento psíquico e a construção de uma nova noção do cuidado em saúde mental (PASSOS, 2015).

Nesta evolução política, surgiu em 2011, a Política de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, visando garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, através da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção a estas demandas (BRASIL, 2011).

Neste estudo se fará uma aproximação entre a Política Pública de Saúde Mental e a Saúde Suplementar no Brasil para atenção às pessoas em situação de crise em Saúde Mental.

O setor de saúde suplementar é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, visto como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré- ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por trabalhadores ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente à operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um órgão regulador, vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil com a missão de promover a defesa do interesse público na Assistência Suplementar a

Saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (BRASIL, 2000).

A ANS surgiu como novidade para regular um setor complexo, sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos. Assim, a constituição de uma instituição dentro do Ministério da Saúde para regular o mercado privado resultou em desafios referentes à disparidade entre os interesses capitalistas do mercado privado e os objetivos de proteção social do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Concomitante a isso, o serviço de saúde mental permeia entre a saúde pública e a saúde suplementar, porém, a atenção à crise em saúde mental é um desafio para as duas realidades.

As pessoas vivem em contextos de relações e, em algumas situações, elas vivenciam estados de angústia associados a eventos que ameaçam suas integridades (FIALHO, 2014). O termo crise geralmente vem empregado para caracterizar uma situação - ou estado emocional - que pode ser vista como um catalisador que perturba os velhos hábitos, que evoca novas respostas e pode se tornar um importante fator para novas conquistas.

Ao longo do tempo, a apropriação popular do termo crise incluiu a ideia de fase perigosa da qual pode resultar algo benéfico ou algo pernicioso para a entidade que a experimenta (MORA, 2011). Essa definição se aproxima de uma visão mais positiva do termo, ao incorporar a noção de limite e posterior transição dela, explicitando a possibilidade de transformação ou mudança.

A crise deve ser abordada como possibilidade de comunicação e elaboração sobre algo da ordem da falta a qual o sujeito não encontra recursos psíquicos para lidar de outra forma. Nesse sentido, representa a tentativa de lidar com o insustentável sendo um arranjo providencial que se estabelece quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados (VIDAL et al., 2008).

É considerado um momento específico do indivíduo no qual eferescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daquelas do seu convívio (COSTA, 2007). A crise também é um momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência (LUZIO, 2010).

A aproximação do modelo biomédico entre crise e perigo, no entanto, incorpora a construção histórica sobre a loucura dentro da qual

a crise, ao ser percebida como algo relativo à instabilidade, contradição e imprevisibilidade, insere-se nesta sociedade como algo que tem que ser normatizado (FOUCAULT, 1979). O processo de constituição da psiquiatria como ciência, ao longo do tempo, apoia-se no estabelecimento de um sistema empírico constituído a partir da descrição fenomênica dos comportamentos.

A relação entre a noção de crise e o significado de adequação social na qual o sujeito que apresenta transtornos mentais seria o inadequado, ou seja, aquele que rompe com a ‘doutrina dos costumes’. A crise, nesse sentido, passa a envolver uma questão fundamentalmente social, configurando-se a partir de “aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante” (SILVA, 2007). Para este autor, a crise, ao gerar alguma ressonância social, transforma-se em emergência psiquiátrica e seu fator psíquico se torna irrelevante.

A crise se manifesta em urgência a partir da avaliação dos responsáveis pelo indivíduo que, ao perceberem modificações (sintomas de sofrimento), acionam o serviço de saúde mental. Dessa forma, uma urgência psiquiátrica se caracteriza por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade consideram a necessidade de cuidado imediato (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). Conceito escolhido para ser utilizado como “norte” na pesquisa e para desenvolvimento de um conceito próprio.

Após reconhecimento da crise em saúde mental como necessidade de cuidado imediato, não se deve focar apenas no estado de agudização da sintomatologia psiquiátrica e, sim, tratar essa situação como um momento que deve ser cuidadosamente investido e suprido com a maior agilidade possível.

Ao direcionar a atenção à saúde para a rede de urgência e emergência, entende-se que desafios devem ser superados. É preciso, portanto, a partir dessa compreensão, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora.

Considera-se fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, além de ser fundamental a afinidade com a área. Porém, o perfil pretendido nem sempre é encontrado em unidades de urgência e emergência/ prontos atendimentos gerais. Os beneficiários têm buscado os serviços a partir da sua condição de acessibilidade, rapidez e capacidade de resolução de problemas, construindo fluxos assistenciais com diversas portas de

entrada. Os hospitais e os Prontos Atendimentos têm se mostrado uma porta em que o beneficiário entra, recebe alguma resposta e sai, sem garantia para a continuidade da assistência (PAES et al., 2013).

Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização surge para ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores. Portanto, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, como uma política que opere transversalmente, ultrapassando fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam de produção de saúde (PEREIRA; FERREIRA; NETO, 2015).

O acolhimento é considerado um processo, resultado das práticas de saúde e produto da relação entre trabalhadores e beneficiários, ensejando posturas ativas por parte dos trabalhadores para com as necessidades do usuário e resgatando a humanização e o respeito com o outro (LOPES et al., 2014).

Nessa perspectiva, o acolhimento resolutivo e humanizado é fundamental desde a recepção do beneficiário até o seu desfecho final, onde trabalhadores seguem o seu saber/poder para melhor atender este beneficiário em crise, onde a equipe do Pronto Atendimento em estudo é composta por trabalhadores administrativos (assistente de autorização, vigilantes, higienização) e da área da saúde para que a lógica do acolhimento realmente aconteça. Estes trabalhadores ali estão para produzir saúde.

Percebe-se uma lacuna nos estudos entre o cuidado na crise em saúde mental relacionado à saúde suplementar, pelo fato de que os estudos são voltados, em sua maioria, para a saúde pública. Justifica-se, assim, a relevância deste estudo para a saúde, em especial, à saúde mental.

Diante do exposto, este manuscrito tem como objetivo descrever como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Pronto Atendimento (PA) suplementar do Brasil e presta assistência aos beneficiários acima de 15 anos em situações de urgência clínica, cirúrgica e ortopédica.

Participaram do estudo três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização<sup>5</sup>, maiores de dezoito anos e com de três meses de tempo de serviço. Optou-se por trabalhadores com mais de três meses, por já ter passado o tempo de experiência e adquirido uma melhor visão do atendimento.

Coletaram-se os dados através de entrevistas semiestruturadas, que ocorreram em um consultório do Pronto Atendimento disponível, durante o período de abril a junho de 2015. As entrevistas foram gravadas em áudio de acordo com a autorização de cada um e tiveram duração em média de 40 minutos.

Após, foram transcritas em sua íntegra para análise dos resultados obtidos, sendo que os participantes foram identificados através do número da entrevista, seguido de seu cargo/função, como intuito de garantir o anonimato (ex.: enfermeiro1).

A análise dos dados se deu através da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011), respeitando as suas três fases: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Os dados foram discutidos à luz da Política Nacional de Humanização e outras políticas e legislações vigentes, sendo apresentados de forma descritiva.

Conforme o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), fundamentado no Decreto n. 466/12 que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, teve aprovação sob o Parecer n. 1.005.999/2015.

## **RESULTADOS**

### **PERFIL DOS TRABALHADORES**

Para a descrição do perfil dos trabalhadores que realizam o atendimento ao beneficiário em situação de crise em saúde mental, em um Pronto Atendimento Suplementar, foram utilizados os dados coletados na entrevista, referentes a: sexo, idade, função desempenhada, formação profissional, carga horária, tempo de serviço, outro vínculo empregatício e carga horária do segundo vínculo.

---

<sup>5</sup> Desempenha a função de recepção, atendimento aos beneficiários, autorização de consultas e exames, controle e revisão dos atendimentos para envio ao faturamento, atualização cadastral.

Participaram do estudo 15 trabalhadores do Pronto Atendimento em Saúde Suplementar, sendo 14 (93,33%) do sexo feminino e um (6,66%) do sexo masculino, o que perfaz a predominância de trabalhadores do sexo feminino.

A idade variou entre 23 e 52 anos, com maior prevalência na faixa etária de 34 a 43 anos, com seis representantes (40%), quatro, de 23 a 33 anos (26,66%) e cinco, dos 44 aos 53 anos (33,34%).

Destes trabalhadores, três são médicos (20%), o primeiro, com especialização em Neurologia, o segundo, em Clínica Médica e Medicina de Urgência e o terceiro, sem especialização; quatro enfermeiros (26,66%) o primeiro, com especialização em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e MBA em Gestão e Administração Hospitalar, o segundo, com especialização em Urgência e Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar, o terceiro, está cursando especialização em Urgência e Emergência e o quarto, não possui especialização, e sim, graduação em Administração; quatro técnicos de enfermagem (26,66%) e quatro assistentes de autorização (26,66%), o primeiro, com graduação em Administração, o segundo, em Gestão Hospitalar, o terceiro, em Turismo e Hotelaria; e apenas um, com nível médio.

Com isso, obteve-se um total de 10 trabalhadores que possuem o nível superior completo (66,66%), um, o nível superior incompleto (6,66%) e quatro, o nível médio completo (26,66%). Destes trabalhadores que possuem o nível superior completo, oito possuem especializações (53,33%), sendo três, em Urgência e Emergência, dois, em Atendimento Pré-Hospitalar, um, MBA em Gestão e Administração Hospitalar, um, Neurologista e um, Clínica Médica.

A carga horária realizada pelos médicos dentro desta instituição varia entre 15 a 20 horas semanais (15h, 16h e 20h); já para os demais trabalhadores, a carga horária realizada nesta instituição é de 44 horas semanais.

O tempo de serviço no Pronto Atendimento Suplementar varia de três a 96 meses, com prevalência no tempo de 29 a 41 meses, representado por seis trabalhadores (40%); três trabalhadores com três a 15 meses (20%), três, de 16 a 28 meses (20%) e três, com 42 meses ou mais (20%).

Dos 15 trabalhadores entrevistados, oito possuem outro vínculo (53,33%) e sete possuem vínculo único (46,66%). O tempo de serviço em outro vínculo variou de um a 360 meses, com maior prevalência entre um a 24 meses, oito trabalhadores (57,14%); um, dos 25 aos 49

meses (7,14%); um, dos 50 aos 74 meses (7,14%) e quatro, dos 75 meses ou mais (28,57%).

A carga horária do segundo vínculo varia de 15 a 60 horas semanais, com prevalência entre 36 a 45 horas, com quatro trabalhadores (50%); dois, entre 15 e 25 horas semanais (25%), um, entre 26 e 35 horas semanais (12,5%) e um, entre 45 ou mais (12,5%).

Para os médicos, a carga horária do outro vínculo varia de 15 a 60 h/semanais (15, 30 e 60 h/semanais); para os enfermeiros, 15 e 44 h/semanais; para os técnicos de enfermagem, entre 30 a 44 h/semanais (30,40 e 44 h/semanais).

## RECONHECIMENTO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL PELO TRABALHADOR

As falas extraídas das entrevistas feitas com os trabalhadores frente ao atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, em um Pronto Atendimento Suplementar, foram agrupadas, categorizadas e constituíram quatro categorias: crise como expressão do descontrole emocional; a crise como perda do controle da vida; a crise como a expressão da busca do sentido do sofrimento; o sentido da crise para o trabalhador no Pronto Atendimento suplementar.

### **Crise como expressão do descontrole emocional**

Esta categoria surge como a forma de reconhecimento da situação de crise do beneficiário pelo trabalhador, que se dá através do desajuste emocional evidenciado pelo descontrole, pela agressividade, pelo estado de ansiedade e inquietação e principalmente, pela crise de choro, pautada nos sinais da crise, apresentados pelo beneficiário.

**Assistente de autorização 2:** *uma pessoa agitada, fala muito rápido, quer ser atendida logo e não sabe explicar direito o que está sentindo.*

**Técnico de enfermagem 4:** *[...] é um paciente que chega bastante choroso, que pode chegar agressivo, né?*

**Enfermeiro 2:** *a pessoa apresenta-se agitada, olhos arregalados, às vezes está inquieta, mexendo com as mãos ou ofegante.*

**Médico 3:** *paciente chega chorando, tremendo, com taquicardia, tremores, chorando, agitado, ansioso.*

Todas essas expressões podem gerar uma desorganização no entendimento e reconhecimento da crise, que pode ser evidenciada através do sofrimento, muitas vezes demonstrado pelo choro, como declarado nas falas acima, e entendido como uma perturbação de organização, algo que não pode ser previsto.

### **A crise como perda do controle da vida**

A questão da loucura vem sendo tratada como algo subjetivo ao longo dos séculos, onde se busca uma lógica desse fenômeno que esteja dentro da realidade, do que se é dado como efetivo, real. Se o beneficiário entra em um serviço de saúde referindo algumas sintomatologias como coração acelerado, dor no peito, falta de ar, entre outras, esse sujeito pode ser enquadrado com alguma patologia, havendo uma descontextualização da crise em relação ao momento de vida do sujeito. Com isso, o beneficiário objetiva o que está sentindo.

**Assistente de autorização 2:** *Diz que está com falta de ar ou que está com coração acelerado, dor de cabeça. Às vezes chora bastante, quer ser atendida logo.*

**Técnico de enfermagem 2:** *[...]então esse ser humano chega aqui chorando, com a pressão alta, ou com dor no peito eu a gente até pode achar que seja um problema coronariano.*

**Enfermeiro 3:** *Hoje por exemplo, eu atendi uma paciente de manhã com queixa de visão turva, sudorese, sinais de hipoglicemia, mas depois ela acabou comentando que ela teve um estresse pela manhã.*

Por este beneficiário se encontrar em um momento de crise e buscar ajuda por não saber como lidar com o insustentável, sua fala acaba sendo tomada apenas como demanda de assistência (doença, diagnóstico e tratamento). Esta pessoa em sofrimento não entende o que está acontecendo consigo, procura ajuda e se depara, não raro, com trabalhadores que interpretam seu sentimento/comportamento como algo fora do que se tem como real/efetivo. Essa queixa clínica pode estar aliada à negação de sintomas psíquicos e ao medo de enlouquecer.

### **A crise como a expressão da busca do sentido do sofrimento**

Muitas vezes o beneficiário que procura atendimento não sabe dizer o que está sentindo, chega com algumas queixas inespecíficas e, de

antemão, esta pessoa já é comunicada que se nem ela sabe explicar o que se passa com ela, este não seria o local ideal para o seu atendimento, ou seja, toma-se qualquer tipo de conduta e julga-se este sofrimento sem nome.

**Assistente de autorização 4:** *acho que a gente consegue perceber pelo jeito em que a pessoa chega, assim, agitada, falando nada com nada. Mas com o andar da carruagem a gente vai diferenciando.*

**Técnico de enfermagem 4:** *[...]é um momento de estresse que a pessoa está vivendo e esse estresse pode desencadear um transtorno psicológico também, né? [...]*

**Enfermeiro 3:** *considero mais fácil reconhecer quando o paciente informa algum estresse ou alguma coisa que ele deva estar passando.*

**Médico 1:** *em geral são queixas relacionadas a problemas familiares ou de trabalho, ou pela própria crise de choro, mas muitas vezes o diagnóstico não é imediato.*

Pelo fato de o beneficiário chegar ao serviço com uma queixa inespecífica, já recebe o descrédito dos trabalhadores que não sabem lidar com a incerteza e acabam tratando essas situações como descaso pela subjetividade e a compreensão da crise, pela lógica do estresse e do sentimento sem nome, priorizando o atendimento.

## **O sentido da crise para o trabalhador no Pronto Atendimento suplementar**

A palavra crise tem sido adequada por diferentes modelos teóricos e pode significar diferentes fenômenos. Sua relação com o conceito de urgências psiquiátricas se faz a partir do reconhecimento de que se está falando de situações em que o denominador comum é o sofrimento psíquico, complicado, ou não, por comorbidades clínicas.

**Assistente de autorização 1:** *falta de controle, a pessoa não tem limite, ninguém consegue controlar essa pessoa. Tem casos aqui em que a pessoa quebra tudo ali na frente, eles gritam, te xingam, é isso, a pessoa perde o controle de si.*

**Técnico de enfermagem 2:** *a crise é algo assustador para a gente, é um louco né? Como posso dizer? É a loucura. Crise é a*

*loucura, muitas vezes são bem sadios e a loucura acaba com pessoas maravilhosas, pena que a gente não consegue compreender a loucura deles.*

**Enfermeiro 1:** *acho que é um paciente que sai do seu estado “normal”? Não sei se posso falar assim.*

**Médico 2:** *eu acho que é quando a pessoa não responde naturalmente aos acontecimentos da vida cotidiana, onde ela enxerga que tudo é um problema, o que é normal para uma pessoa para ela já vira um transtorno e leva ela a uma crise, seja ela de mania, de depressão, sei lá.*

O trabalhador médico, ao encerrar sua fala com a expressão “sei lá”, demonstra que não sabe explicitar o que sente ou entende de crise em saúde mental. Isso se dá pelo fato dele apresentar insegurança e medo ao atender um beneficiário em crise. Porém, ele precisa saber lidar com esses sentimentos.

De acordo com Silva (2013), os trabalhadores em saúde devem estar preparados para atender o beneficiário em situação de crise, sempre focado na segurança, na redução da ansiedade e acima de tudo, no bem-estar desta pessoa. O serviço que atende beneficiários psiquiátricos deve dispor de uma equipe qualificada e preparada, com o intuito de manter a qualidade na assistência. Para isso, os trabalhadores precisam de conhecimento sobre saúde mental, técnicas de comunicação com o beneficiário e trabalho com a família.

## **DISCUSSÃO**

### **RECONHECIMENTO DA CRISE EM SAÚDE MENTAL PELO TRABALHADOR**

#### **Crise como expressão do descontrole emocional**

Percebe-se, através das falas, que a crise em saúde mental se trata de uma perda de controle que desencadeia uma situação angustiante, fora dos padrões de normalidade, tornando-se responsável por deixar o indivíduo vulnerável ao adoecimento psíquico, já que pressupõem uma desorganização, o oposto do equilíbrio, preconizado pela concepção de saúde (CAPLAN, 1980; NAYLOR et al., 2012).

O entendimento e o reconhecimento da crise em saúde mental dependem, não somente da interpretação do trabalhador que o recebe, como também de como esse beneficiário define o grau de urgência para o seu atendimento, muitas vezes evidenciado pelo quadro de agitação e agressividade, que ocasionalmente não chega a ser considerado tão emergencial em relação a um quadro de lentidão e passividade. O trabalhador percebe o beneficiário em crise pelo choro, agitação e pela própria solicitação de priorização no atendimento. O que leva a inferir que o trabalhador considera isso descontrole do sujeito e necessidade de priorização na ordem do atendimento.

Há uma série de fatores que influenciam as decisões de priorização do atendimento ao beneficiário considerado em crise, como a experiência do trabalhador ou através da forma em que este beneficiário se apresenta (alterado e agressivo), gerando assim, a forma de tratamento dada a esta pessoa que passa por um desajuste emocional (MILNER et al., 2013).

A crise como uma experiência da vida humana é permeada pela necessidade de um cuidado imediato pautado em conhecimento teórico, prático e vinculado a um modelo biomédico, para responder à pessoa em crise, coerente com os processos transformadores que impactam a prática interdisciplinar e, alinhado às atuais políticas públicas de saúde mental. Atender à pessoa em crise é encarar a ruptura com a certeza, é dispor-se para um turbilhão que dilacera a vida, uma tempestade de forças que aterrorizam o padrão (ALMEIDA et al., 2014).

### **A crise como perda do controle da vida**

O processo de constituição da psiquiatria como ciência se apoia no estabelecimento de um sistema empírico constituído a partir da descrição fenomênica dos comportamentos. Nesse sentido, vai estabelecer nomenclaturas para os fenômenos agudos ou subagudos observados, designando-os como “crises”, “ataques”, “episódios”, “surto” ou “fases” (DALGALARRONDO, 2008).

O trabalhador percebe o beneficiário em crise pelo seu próprio discurso em que objetiva sintomas do sofrimento dando a entender a si mesmo o risco de vida iminente, fazendo com que também seja priorizada sua ordem de atendimento. Infere-se dessa forma, pelo medo de enlouquecer, não objetiva seus sintomas psíquicos.

A prática psiquiátrica tradicional vive uma oposição entre dois princípios: o controle e a cura; repressão e emancipação. Esse modelo

aponta para uma discordância entre a concepção de sujeito e a realidade das práticas no campo da saúde mental, no qual se faz necessário valorizar um olhar para além da dicotomia entre normal e patológico e estabelecer as conexões entre saúde e doença, crise e normalidade (FIALHO, 2014).

Quando o trabalhador evidencia alguma sintomatologia que se assemelha a alguma patologia, acaba agilizando o atendimento deste beneficiário pelo fato de não saber lidar com tabus, com o medo da exacerbação da crise e o “não saber lidar com o louco”. Aí é que entra a leitura da subjetividade, ou seja, a leitura do sujeito dentro do seu contexto, além do reconhecimento desta demanda. Deve-se resgatar o mais importante, que é o olhar ao sujeito, olhar para este beneficiário em crise, entender o que ele está passando ou sentido, deixando um pouco de lado a priorização dos sinais vitais e realmente olhar para quem está na sua frente e para quem se está prestando atendimento naquele momento. Só desta forma será realmente reconhecido um beneficiário em situação de crise em saúde mental.

### **A crise como expressão da busca do sentido do sofrimento**

Fica evidente que as tomadas de decisão se tornam mais fáceis após algum diagnóstico, o que facilita a conduta e agiliza o tratamento. Nas falas fica claro que o diagnóstico de estresse atribuído pelo fato de o beneficiário não saber explicitar o que vem sentindo, dá-se o entendimento de que é estresse, um diagnóstico aceito diante da representatividade social.

Esses problemas, tidos como de fundo emocional, são tratados com facilidade para não se utilizar o termo descaso, encaminhando este beneficiário de volta para sua casa com atestado em mãos, porque a única forma de tratamento para esse tipo de situação é descansar.

Em sua experiência com serviços de pronto atendimento, Giglio-Jacquemot (2005) ressalta a dificuldade que os beneficiários enfrentam na tentativa de validar suas investidas de acesso ao cuidado ao terem que se enquadrar no que é ambivalentemente, entendido como urgência/ emergência com base no discurso biomédico. Ela evidencia que os critérios utilizados pelos trabalhadores desses serviços para qualificar a necessidade de rapidez nos atendimentos se apoiam em múltiplas determinações que obedecem a graus de hierarquização construídos pela experiência e tempo no serviço, quais sejam: a observação do modo como chegam os beneficiários ao Pronto

Atendimento (andando, de ambulância, em carro do corpo de bombeiros), do grau de nervosismo/ aflição identificada no pedido e no “poder de mobilização” do beneficiário e sua rede social (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A crise como noção de homeostase psicológica e estabilidade social indica os seguintes estágios no desenvolvimento da crise: a) elevação do estresse decorrente de problemas que estimulam os recursos ou respostas em prol da homeostase; b) ineficiência de respostas e persistência do problema; c) mobilização de mais recursos podendo levar à resignação, à aceitação ou à adaptação, diminuindo o problema; e, d) em caso negativo, persistindo o nível de tensão há eclosão da crise (CAPLAN, 1980).

Ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos trabalhadores e serviços em se disponibilizar a atuar em redes substitutivas ao modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas (FIALHO, 2014).

### **O sentido da crise para o trabalhador no Pronto Atendimento suplementar**

A definição do que seria crise ou urgência apresenta dimensão fortemente subjetiva na medida em que o profissional interpreta o comportamento do beneficiário, quando deveria ser considerada como a introdução da dimensão da subjetividade no atendimento das urgências.

A concepção de crise é polissêmica. Isto porque a apropriação conceitual e contextual ofertam diferentes sentidos clínicos, históricos e sociais. No entanto, crise é o desencadeamento psíquico que coloca a pessoa no vazio, em um lugar de interrogação (ALMEIDA et al., 2014).

No momento da crise, o indivíduo extravasa sua angústia e sofrimento, saindo da sua realidade. Portanto, ao realizar atendimento à crise, deve-se saber acolher o sofrimento e sentimento de cada um em sua particularidade (FERIGATO; CAMPOS; BALARIM, 2007).

Os trabalhadores conceituaram crise como um descontrolo, no qual a pessoa demonstra sentimentos de agitação, estresse e agressividade, sendo visto como “louco”.

A crise em saúde mental através da visão dos trabalhadores se dá pela interpretação do próprio trabalhador em relação ao comportamento do beneficiário e em acreditar no que este está se

referindo ou apresentando. Em relação ao descontrole, o mesmo é percebido por todos os trabalhadores, profissionais da saúde ou não.

As definições de crise remetem, necessariamente, às percepções e concepções definidas socialmente acerca do que se entende por aceitável naquele momento histórico, dentro dos parâmetros de normalidade vigentes, como também às respostas do sistema de saúde a tais situações (DELL'AQUA; MEZZINA, 1991).

A humanização do atendimento torna melhor o relacionamento do beneficiário e do trabalhador, proporcionando a escuta e o diálogo, encontrando assim, novas formas de atender esse beneficiário em situação de crise em saúde mental.

Assim, a crise pode ser abordada como possibilidade de comunicação sobre algo da ordem da falta em que o sujeito não encontra recursos psíquicos para lidar de outra forma. A crise, que emerge quando o sujeito é colocado em questão, representa a tentativa de lidar com o insustentável, sendo um arranjo providencial que se estabelece quando todos os recursos psíquicos já foram utilizados (VIDAL et al., 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A crise deve ser considerada como um estado de desequilíbrio resultando da interação de um evento com os mecanismos de “manejo” do indivíduo ou da família, que são inadequados para atender as demandas da situação, combinado com a percepção da família ou do indivíduo sobre o significado do evento.

Diante da conceituação de crise em saúde mental já apresentada, entende-se que esta crise se torna uma urgência não só na percepção do beneficiário, mas também dos familiares que acompanham esta fase de sofrimento. Assim, uma urgência psiquiátrica se caracteriza por uma situação de transtorno de afeto, pensamento e comportamento de tal forma disruptiva que o sujeito, familiares ou sociedade buscam alguma forma de cuidado.

Após a análise das falas, observou-se que a forma de o trabalhador em saúde lidar com a crise é reconhecê-la e, em seguida, priorizar o atendimento para que este beneficiário saia de cena e não interfira no andamento das rotinas/atendimento. O trabalhador reconhece a crise através da forma em que o beneficiário se apresenta, ou seja, se chega descontrolado, agressivo, agitado, ansioso, e principalmente, se este beneficiário chega à instituição chorando. Diante

do exposto, percebeu-se que o trabalhador conceitua crise através dos sinais de descontrole emocional.

Já para o beneficiário, a crise é percebida como alguns sintomas semelhantes a alguma patologia, como coração acelerado, dor no peito, taquicardia, visão turva, sudorese e assim por diante. Percebeu-se que o beneficiário muitas vezes não sabe exatamente dizer o que sente e procura expor sua crise de forma que se assemelhe a algum sintoma clínico pelo medo de enlouquecer por não saber o que se passa consigo.

Com isso, fica evidente que o trabalhador e o beneficiário são coerentes diante de suas percepções, identificação através de sinais e sintomas. Nota-se que o trabalhador precisa ser capacitado para melhor reconhecer esta crise, a fim de entender o que o beneficiário está passando ou sentindo, olhar no olho desta pessoa e lhe dedicar a atenção que ela veio buscar. Este beneficiário que procura atendimento passa por um acolhimento resolutivo a partir do momento em que resolve seu problema.

Nas etapas demonstradas anteriormente, verificou-se que o trabalhador da recepção percebe um beneficiário em descontrole emocional e solicita auxílio da enfermagem para priorização do atendimento com a intenção de que os demais beneficiários não se contaminem com tal situação ou que esta fuja da sua capacidade de atuação. O técnico de enfermagem e o enfermeiro captam a crise através dos sinais e sintomas relatados pelo trabalhador da recepção e pelo narrado pelo beneficiário e, por medo do descontrole, acaba-se priorizando o atendimento. Em relação ao médico, a situação não é diferente: a crise é constatada mais uma vez através do descontrole emocional do beneficiário que rapidamente é encaminhado para amenização dos sinais/sintomas.

Percebe-se que o atendimento ao beneficiário em situação de crise em saúde mental ocorre em todas as etapas do acolhimento e da mesma forma, independente da função e/ou formação profissional. Com isso, fica evidente que os sinais/sintomas da crise em saúde mental são senso comum, ou seja, todos os trabalhadores reconhecem a crise da mesma forma: através do descontrole emocional, deixando de lado a análise da subjetividade e esquecendo que aquele beneficiário que expressa passividade e lentidão acaba passando despercebido, não sendo valorizada a sua crise.

Diante dos conceitos de crise existentes, criou-se um conceito próprio para uso neste trabalho, onde “a crise é vista como um sofrimento vivenciado pelo indivíduo e seus familiares e que verificam a

necessidade de cuidado imediato, através do acolhimento em todas as etapas de seu atendimento, buscando a recuperação da sua instabilidade e de algo que precisa ser normalizado”.

Este estudo traz à tona a importância de que os trabalhadores de saúde devam dar aos aspectos conceituais e teóricos sobre a dinâmica da crise e toda a complexidade que a envolve, pois ela, em saúde mental, deve ser reconhecida em um contexto sócio cultural, histórico, econômico e pensada como uma experiência individual de sofrimento psíquico que exige a compreensão dos trabalhadores envolvidos no atendimento com a perspectiva da clínica ampliada e da integralidade no cuidado para poder dimensionar o momento de sofrimento psíquico. Para tanto, a crise em saúde mental lança possibilidades para a reflexão destes trabalhadores para que se capacitem para o atendimento nestas situações, visando considerar os aspectos didáticos no manejo da crise, defrontando-se com os atuais pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Consideramos que o Serviço de Saúde Suplementar deve criar espaços de interlocução ou de disponibilidade institucional para os membros da equipe, espaços estes de onde os trabalhadores possam se comunicar, trocar experiências, práticas e saberes, discutir os casos, serem cuidados e cuidar dos outros, espaços estes como passagens de plantão, reuniões de equipe, espaços de convivência da equipe de trabalhadores para que possam elaborar e ressignificar a crise como um acontecimento de fragmentação, de quebra da normalidade do ser beneficiário e visualizar caminhos, e tecnologias de cuidado para o atendimento da crise em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A B; NASCIMENTO, E R P; RODRIGUES, J; SCHWEITZER, G. **Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, v.67, n.5, pp. 708-714. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>>. Acesso em: 30 jul.2015.

ALVES, A A M; RODRIGUES, N F R. **Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental.** *Rev Port Saúde Pública*, v.28, n.2, p.127-131, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 – cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COSTA, M S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.

DELL ‘ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 53-79.

FERIGATO, S H, CAMPOS, R T O; BALLARIN, M L G S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Rev. Psicol. UNESP**. Assis, SP, v.6, n 1, p.31-44, 2007.

FIALHO, M B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 113-128.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

JARDIM, K; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.13, p. 169-189, 2007.

LOPES, G V D O; MENEZES, T. M. de O; MIRANDA, A. C; de ARAÚJO, K. L; GUIMARÃES, E L P. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm*, jan-fev; v.67, n.1, p.104-10, 2014.

LUZIO, C A. **Atenção psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil. 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MILNER, A; KÖLVES, K; GLADMAN, B; DE LEO, D. **Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department**. *World J Psychiatr* 2013 June 22; v.3, n.2, p. 34-40 (online), 2013. Disponível em: <<http://www.wjgnet.com/esps/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MORA, J F. **Dicionário de filosofia**. Tomo I (A-D), São Paulo: Edições Loyola, 2001.

NAYLOR, C; PARSONAGE, M; McDAID, D; et al. **Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities**. London (UK): The King's Fund and Centre for Mental Health; 2012.

PAES, L G; SCHIMITH, M D; BARBOSA, T M; RIGHI, L B. Rede de Atenção em Saúde Mental na Perspectiva dos Coordenadores de Serviço de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11 n 2, 2013.

PASSOS, R G. **Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira**: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. *Trab. Educ. Saúde*, v.13, supl.1 Rio de Janeiro 2015.

PAYNE, R A; ABEL, G A; GUTHRIE, B; MERCER, S W. **The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital**: a retrospective cohort study. *CMAJ*, March 19, 2013, p.186.

PEREIRA, A B; FERREIRA NETO, J L. **Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público**. *Trab. educ.*

*saúde* [online]. 2015, vol.13, n.1, pp. 67-88. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00024.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

SILVA, K L; RODRIGUES, A T. **Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar:** relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saude soc.* v.2, supl.1, S. Paulo abr.jun 2015.

SILVA, M V. A clínica integral: o paradigma “psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses. **Rev. InTensa. ExTensa**, Salvador, ano 1, n.1, p.40-41, 2007.

VIDAL, F. B. et al. A abordagem da crise na psicose. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **A clínica psicossocial das psicoses:** programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Salvador: UFBA, FFCH, 2008.

WHO. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Disponível em:<[www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2015.

### 5.3 MANUSCRITO 3 - O CUIDADO NÃO DITO AO BENEFICIÁRIO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR

CARE NOT TO SAID BENEFICIARY IN CRISIS SITUATION IN MENTAL HEALTH CARE IN A SUPPLEMENTARY READY

CUIDAR EL BENEFICIARIO NO DIJO EN SITUACIÓN DE CRISIS EN SALUD MENTAL EN UN ADICIONAL LISTO

Priscilla Almeida Pereira  
Maria Terezinha Zeferino

#### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer como é realizado o cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento Suplementar de saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória descritiva, com três médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro assistentes de autorização. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Dos depoimentos apreendeu-se três categorias temáticas: percepção do trabalhador sobre o cuidado; sentimentos do trabalhador sobre o cuidado; e, o cuidado não dito. **Considerações finais:** O estudo demonstra que o trabalhador em saúde percebe a crise, expressa seus sentimentos sobre a crise, mas não consegue descrever a forma que cuida, apesar de prestar este cuidado. Isso remete à quebra de estigmas e à aprendizagem de se falar sobre a crise em saúde mental através de capacitações.

**Descritores:** Padrão de cuidado. Saúde Mental. Intervenção na crise. Recursos humanos. Saúde Suplementar.

#### ABSTRACT

**Objective:** Know how the care is done to beneficiaries in mental health crisis in a Emergency Care Supplemental health. **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive research, with three doctors, four nurses, four nursing technicians and four authorization assistants. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. **Results:** From the testimonials three thematic categories were seized: perception of workers about care; worker's feelings about care; and, careful not said. **Final thoughts:** The study

shows that the health worker perceives the crisis, expresses their feelings about the crisis, but can not describe the way that cares, although providing such care. This brings us to break stigmas and learning to speak on the crisis in mental health through training.

**Key words:** care standard. Mental health. Crisis intervention. Human Resources. Health insurance.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer cómo se hace atención a los beneficiarios en crisis de salud mental en una emergencia de salud Cuidado Suplementario. **Método:** cualitativo, exploratorio y la investigación descriptiva, con tres médicos, cuatro enfermeras, cuatro técnicos de enfermería y cuatro autorización asistentes. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y analizados mediante análisis de contenido temático. **Resultados:** los incautados tres categorías testimonios temáticas: percepción de los trabajadores sobre la atención; sentimientos de los trabajadores acerca de la atención; y, con cuidado de no dijo. **Consideraciones finales:** El estudio muestra que el trabajador de salud percibe la crisis, expresaron sus sentimientos acerca de la crisis, pero no pueden describir la forma en que la atención, aunque para proporcionar esta atención. Esto nos lleva a romper estigmas y aprender a hablar sobre la crisis en la salud mental a través de la formación.

**Palabras clave:** estándar de cuidado. La salud mental. La intervención encrisis. Recursos humanos. El seguro de salud.

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira, caracterizada como um movimento político, social e ideológico, compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, e está pautada na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial. Isso repercute na transformação na forma de cuidado em saúde mental, anteriormente pautado na hospitalização, na medicalização e na doença mental (MIELKE et al., 2011).

Diante desse avanço de um modelo de cuidado hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, o trabalhador em saúde deve sempre pensar em inovar sua forma de cuidado para que não se tenha enfoque apenas na doença, e sim, nos potenciais de promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Diante deste cuidado diferenciado, deve-se dominar a dificuldade vinda desde a

concepção histórica da psiquiatria sobre pessoas com transtorno mental que influenciam negativamente o desenvolvimento do cuidado a elas. (PAES et al., 2010).

A saúde mental deve ser entendida como um campo ou área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde. Os conhecimentos envolvidos são tão amplos que se encontra dificuldade em delimitar suas fronteiras. *A saúde mental muitas vezes acompanha a alteração das condições físicas e reduz a qualidade de vida* (PAYNE et al., 2013 p.186).

Os seres humanos em seu crescimento e desenvolvimento, ou seja, nas suas diversas fases da vida, vivenciam situações que, muitas vezes, podem levar a estados de angústia associados a eventos que ameaçam suas integridades – considerado como um momento de crise. Esta pode ser vista como normal pelo próprio ciclo da vida, ou em muitos momentos, como situações difíceis de serem resolvidas pela própria pessoa. Essas relações acabam gerando um sofrimento mental, necessitando de ajuda de outro ser humano, em especial dos trabalhadores da saúde.

A palavra crise, segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007), pode-se remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais. Porém, mesmo quando se tenta especificar a crise, dentro do próprio campo da saúde mental, encontram-se diferentes teorias sobre a caracterização deste episódio, por exemplo: psicanálise e psiquiatria não falam a mesma língua quando se referem à crise. Não há uma perspectiva uniforme do que seja um momento de “surto”, isto é, encontra-se uma variedade de subgrupos que usam diferentes critérios para determinar se uma experiência pode ser ou não considerada como crise.

Com essa amplitude na concepção do entendimento do conceito de crise é fundamental compreender que essas situações podem surgir de múltiplos fatores, tanto objetivos como subjetivos. Nessa perspectiva, o adoecimento é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, frente aos estímulos internos ou externos ao organismo. Com isso, a crise passa a ser entendida como um momento de extrema angústia e ansiedade, mas produtor de transformação e potencialidade singulares que não devem ser abafadas e nem se deve ter uma única resposta para elas. Pode-se entender a crise como um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Os sujeitos em sofrimento mental vivenciam alguns momentos críticos que, por vezes, coincidem com o desencadeamento de um momento de crise, gerando com isso ações confusas e incompreendidas por eles e pela sociedade, que dificilmente se resolvem somente com uma intervenção pontual, mas sim, com uma estratégia ampliada de cuidado.

Em relação ao termo cuidar, apura-se sua aproximação com o vocábulo latino “curare”, cujo sentido agrega-se à ideia de “tratar de”; “pôr o cuidado em”. Já a expressão cuidar da saúde está ligada ao senso comum, associada à perspectiva de se prestar atenção ou dirigir intervenções a um indivíduo ou a um grupo de maneira a envolver um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um determinado tratamento. Em um sentido mais amplo, o vocábulo “cuidado”, derivado do latim “cogitatus”, apresenta como sinônimo o termo desvelo, definido como o “cuidado e vigilância contínua”, diligência, zelo e solicitude. Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental se tornaram complexas (BALLARIN; DE CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Na sua ampla compreensão, o cuidado deve ser entendido como uma forma de estar com, de perceber, relacionar-se e preocupar-se com o ser humano em dado momento, cuja relação acontece face a face. As responsabilidades, habilidades, relações interpessoais, os sentimentos, saberes e reconhecimentos instituídos entre os seres constituem e permeiam o cuidado (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Segundo o dicionário, a conceituação de atendimento é dar ou prestar atenção; tomar em consideração, deferir; atentar, observar; acolher com atenção ou cortesia; atender; escutar atentamente. Já a conceituação de cuidado é de desvelo; responsabilidade; atenção, cautela (FERREIRA, 2004).

Diante dessa conceituação, optou-se em utilizar a nomenclatura cuidada como forma de compreensão do acolhimento prestado pelos trabalhadores em saúde, na lógica de que os assistentes de autorização fazem parte, sim, de uma equipe multiprofissional e, apesar de não terem o conhecimento técnico e científico, prestam o atendimento e o cuidado aos beneficiários em situação de crise. E isso se estende a todas as categorias profissionais disponíveis no PA, como os vigilantes e os trabalhadores da higienização.

O cuidado em saúde mental, conforme proposto pelo ideário do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, dialoga com a noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares (FIALHO, 2014).

A noção de cuidado e o cuidado em saúde, diz respeito a uma relação entre trabalhador em saúde e beneficiário, incluindo a subjetividade de ambos. Dito de outra forma, o cuidado aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado (RINALDI, 2005).

O cuidado efetivo ultrapassa a compreensão centrada em procedimentos técnicos e baseia-se, também, em ações subjetivas que permeiam a dinâmica da relação entre o trabalhador e o beneficiário. Dessa forma, o cuidado se expressa no compartilhamento do ato de cuidar proporcionado por um ambiente favorável, em que as pessoas possam se sentir bem, reconhecidas, aceitas, seguras e, assim, aderir às ações planejadas pelos trabalhadores (PAES et al., 2010).

O cuidado tecnicista acaba fazendo parte dos serviços de saúde de uma forma geral, resultando na mecanização do cuidado, ou seja, dando-se menor ênfase ao processo de comunicação e interação. Essas características diminuem a capacidade do trabalhador compreender as necessidades psíquicas que o beneficiário apresenta. Acolher a pessoa com transtorno mental e atender às suas necessidades físicas e mentais se torna um desafio aos trabalhadores, principalmente aos que atuam em Pronto Atendimento ou em hospitais gerais. Assim, a comunicação tem se apresentado como uma forma de incentivo e aporte à construção de um olhar integral sobre o cuidado a tais beneficiários (PAES et al., 2010).

Este arcabouço de mudanças conceitual e de práticas, após a reforma psiquiátrica, tem criado novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental que envolve a estruturação de uma rede de serviços e cuidados que envolvem beneficiários, familiares, trabalhadores, gestores e comunidade.

Com o intuito de garantir a integralidade do cuidado, os serviços de saúde se organizam em Redes de Atenção à Saúde (RAS), em níveis crescentes de complexidade com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, tais como: atenção primária,

urgência e emergência, atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2010).

Para atenção em saúde mental, esse modelo está delineado e determina a organização em rede dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulada às redes de atenção do SUS como um todo. Pela Portaria GM/MS n. 3.088/11 (BRASIL, 2011), a RAPS é definida como uma das redes que passam a integrar, oficialmente, em todas as regiões de saúde, o Sistema Único de Saúde e são compostas por serviços de base territorial, que funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais que as pessoas frequentam.

O cuidado na crise ainda é um desafio para a RAPS em razão da estigmatização e do despreparo dos trabalhadores para identificá-la e fazer a intervenção necessária no momento, além de compreender o cuidado para além da crise, com valorização da subjetividade do outro, com formação do vínculo, pactuação e responsabilização.

O setor de saúde suplementar, rede de escolha para este estudo, é composto pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, vista como uma prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré- ou pós- estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por trabalhadores ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (SILVA; RODRIGUES, 2015).

Com isso, evidencia-se que a saúde suplementar encontra um cuidado ainda mais desafiador por este sistema não ter uma rede implantada e serviços especializados para o seguimento do cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental.

Diante disso, buscou-se conhecer como é realizado o cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento suplementar de saúde.

## MÉTODOS

Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um Pronto Atendimento de Saúde Suplementar no Sul do Brasil. Este local atende através do convênio ou por consultas particulares. Presta assistência aos beneficiários acima de 15 anos em situações de urgência em período integral, além de ortopedia no período noturno.

Participaram do estudo quatro assistentes de autorização<sup>6</sup>, quatro técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros e três médicos, com mais de três meses de tempo de serviço e maiores de dezoito anos. Optou-se por trabalhadores com mais de três meses, devido ao conhecimento das rotinas, melhor visão do atendimento e depois de passado o tempo de experiência.

Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando-se de um roteiro semiestruturado, entre o período de abril a junho de 2015. As entrevistas ocorreram em um consultório do Pronto Atendimento disponível, e após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram gravadas em áudio de acordo com a autorização de cada um em duração média de 40 minutos.

Utilizou-se o método observacional em relação à estrutura organizacional e busca de dados nos documentos da instituição.

Logo depois, as entrevistas foram transcritas em sua íntegra para análise dos resultados; os participantes foram identificados através do número da entrevista, seguido de seu cargo/função, garantindo assim o anonimato (ex: enfermeiro1).

As informações coletadas foram submetidas à Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011), respeitando as três fases: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação das políticas e legislações vigentes, onde os dados obtidos serão apresentados de forma descritiva.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob o Parecer n. 1.005.999/2015, atendendo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas normas complementares.

---

<sup>6</sup> Desempenha a função de recepção, atendimento aos beneficiários, autorização de consultas e exames, controle e revisão dos atendimentos para envio ao faturamento, atualização cadastral.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados os resultados serão apresentados e discutidos nas seguintes categorias temáticas: percepção do trabalhador sobre o cuidado; sentimentos do trabalhador sobre o cuidado; e, o cuidado não dito.

### PERCEPÇÃO DO TRABALHADOR SOBRE O CUIDADO

O cuidado em saúde em todos os seus processos de trabalho é mediado por uma prática clínica que expressa a apreensão dos fenômenos da saúde e da doença, tanto ao nível do sujeito como singularidade quanto em sua coletividade. Assim, no desenvolvimento de suas atividades, os trabalhadores devem estar preparados para prestar atendimento tanto nos comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais, quanto para as limitações decorrentes da crise em saúde mental, sendo imprescindível o preparo da equipe de saúde para as demandas do cuidado desses beneficiários (GARGIULO et al., 2007).

Diante das falas, a percepção do cuidado será apresentada conforme categorização profissional:

**Assistentes de autorização:** solicitam a priorização do cuidado para enfermagem que trabalham no sentido de tirar esse beneficiário em situação de crise em saúde mental da recepção a fim de agilizar o seu atendimento. Muitas vezes essa primeira percepção ocorre de forma equivocada devido à magnificação da queixa e, no decorrer do atendimento, estas trabalhadoras captam que este beneficiário consegue aguardar até o final da confecção do cadastro para atendimento.

**Assistente de autorização 1:** *esse atendimento começa pela gente e procuramos dar prioridade, quer dizer, às vezes achamos que é uma emergência, um paciente grave que não pode nem esperar terminar a ficha, mas depois, enquanto vamos fazendo a ficha, vamos percebendo que aquela urgência não é tanto.*

**Assistente de autorização 3:** *eu quero fazer a ficha dela logo, eu quero liberar ela logo porque eu posso estar enganada, mesmo quando estou achando que é grave, quero liberá-la logo e que passe logo pela enfermagem, todo mundo ali na recepção já fica nervoso, então eu quero liberar ela logo.*

Há uma série de fatores que influenciam as decisões de priorização do atendimento ao beneficiário considerado em crise, como a experiência do trabalhador ou através da forma em que este

beneficiário se apresenta (alterado e agressivo), gerando com isso, a forma de tratamento dada a esta pessoa que passa por um desajuste emocional (MILNER et al., 2013).

Dependendo da forma em que o beneficiário se apresenta ao chegar no PA, a assistente de autorização procura agilizar e priorizar o atendimento, por não entender da gravidade do beneficiário e/ou magnificar a queixa, pela experiência profissional, como para evitar que outro beneficiário que esteja na recepção tome partido da situação e se crie uma situação de estresse.

A tomada de decisão da equipe que trabalha na recepção é agilizar e encaminhar para o acolhimento com classificação de risco.

Enfermeiros e técnicos de enfermagem: estes trabalhadores percebem o cuidado ao beneficiário em situação de crise como algo que exige muito mais atenção, mas tornam esse cuidado mais cansativo e desgastante devido às queixas não objetiváveis, gerando certo descaso diante da queixa apresentada pelo beneficiário.

**Técnico de enfermagem 2:** *eu acho que é um atendimento que acaba mobilizando mais pessoas do que uma outra pessoa que não esteja em crise, até porque você quer dar atenção e, de repente, a pessoa não aceita. Aí vem uma outra e tenta convencer...então eu acho que isso mobiliza muito mais a equipe do que uma pessoa que chega com uma dor mais específica e que não seja a mental.*

**Enfermeiro 4:** *eu acredito que ainda acontece muito descaso com o paciente psiquiátrico, eu acho que as pessoas, elas têm que dar muita ênfase para queixa do paciente e prestar mais atenção não na parte psicológica.*

Este beneficiário em situação de crise que procura cuidado, apresentando sintomas difusos e pouco definido, é considerado pelo trabalhador de saúde como uma demanda complexa, sendo que deveria prestar cuidado através do acolhimento com escuta ativa, em busca da criação de vínculo em seu pedido de ajuda.

O cuidar é a base do processo de atuação da enfermagem e, para esta ser bem-sucedida, é necessário que se identifique as necessidades de seu beneficiário e as formas de sua resolução, numa perspectiva de atuação humanizada (GARGIULO et al., 2007).

Os trabalhadores de saúde, por terem dificuldade em lidar com aspectos subjetivos do sofrimento, tendem a acatar e aceitar melhor as queixas físicas, ou seja, se o beneficiário apresenta alguma queixa psicológica e fala de seus problemas, entremeados com queixas físicas, a valorização cai sob estas, nas quais se evidenciam que as queixas

somáticas funcionam como um passaporte para o cuidado, pois as queixas psíquicas normalmente provocam reações de afastamento e abandono por parte dos trabalhadores.

Apesar de a equipe sentir-se despreparada, reconhecem a crise e tomam providências no sentido de agilizar o beneficiário para atendimento médico.

Médicos: a percepção dos médicos é a de que os trabalhadores do PA estão preparados para atender o beneficiário em situação de crise, justamente o oposto do que é apontado pela equipe de enfermagem.

**Médico 1:** *eu particularmente não vejo que esse paciente deva ser visto ou abordado diferenciadamente dos outros pacientes, nem com mais atenção e nem com menos atenção.*

**Médico 2:** *eu acho que gente acaba atendendo muita paciente histérica, principalmente do lado feminino, mas eu acho que a equipe está acostumada já... já sabe diferenciar, encaminha para o eletro e já se vê que não é nada, que essa dor é de ansiedade, quando queixa de dor torácica né?*

**Médico 3:** *acho que a equipe está preparada para identificar esse tipo de situação.*

O cuidado em saúde mental não deve ser visto como algo diferente ou para além do trabalho cotidiano no PA. Pelo contrário, as intervenções devem ser concebidas na realidade do dia a dia, com as singularidades dos beneficiários e de suas subjetividades. Portanto, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que se tem a oferecer como recurso aos trabalhadores de saúde para contribuir no manejo dessas questões (BRASIL, 2013).

A percepção do trabalhador médico se dá através do preparo da equipe que antecede na sua intervenção. O reconhecimento da crise inicia pela recepção, onde beneficiário recebe prioridade no atendimento. No acolhimento apresenta sua queixa e o profissional da enfermagem a identifica e já realiza alguns encaminhamentos como a realização de eletrocardiograma, por exemplo, antes de encaminhar para consulta médica, além de fazer uma escuta qualificada, proporcionando suporte emocional aos beneficiários em sofrimento.

O trabalhador em saúde, para mostrar-se preparado para o cuidado diante da crise em saúde mental, deve saber agir diante do imprevisto e das contingências, tomando decisões, tomando iniciativas, fazendo escolhas, assumindo riscos e prevenindo incidentes (LUCCHESI; BARROS, 2009).

É importante que os trabalhadores tenham a clareza de que a intervenção na crise é uma estratégia de cuidado breve, com tempo limitado e focalizado. Ou seja, o propósito dessa ação não é fazer uma terapia em profundidade, mas resolver imediatamente uma situação crítica, impedindo a sua progressão para evitar danos maiores ao beneficiário e às demais pessoas envolvidas.

Além disso, o trabalhador da saúde deve ministrar o cuidado com responsabilização, prestando atendimento imediato, mas deve interagir com o cuidado em rede e com a rede social. Ou seja, o médico presta atendimento do beneficiário em crise em uma consulta no PA, para que este cuidado seja continuado, e ele, o médico, precisa realizar encaminhamentos e o desfecho da situação.

Porém, o serviço da saúde suplementar não está organizado em rede e, às vezes este beneficiário em crise precisa ser encaminhado para clínicas particulares ou até mesmo para o sistema público de saúde.

Desta forma, o beneficiário continua sendo cuidado, independente de ser no sistema público ou no suplementar de saúde.

## SENTIMENTOS DO TRABALHADOR SOBRE O CUIDADO

O sentimento apontado pelos trabalhadores de saúde do PA foi o de pena, conforme as falas abaixo, e este estigma ocorre em relação a concepções prévias e à compreensão que o trabalhador carrega consigo sobre a loucura.

**Assistente de autorização 3:** *aí, o sentimento é de pena né? A gente se coloca no lugar da pessoa que chega a esse ponto para procurar atendimento.*

**Técnico de enfermagem 1:** *é o sentimento da pena, tento ajudar da melhor forma possível. Não que eu tento me colocar no lugar deles, mas assim, tentar sentir um pouquinho aquilo que eles estão passando ou sentindo, pois é um ser que a gente não consegue compreender né?*

**Enfermeiro 2:** *aí, os meus sentimentos. Quando é um paciente psiquiátrico eu fico com pena! Tenho muita pena.*

**Médico 3:** *pena, meu sentimento é de pena da pessoa que chega a esse ponto e da família.*

As pessoas em geral apresentam grande desconhecimento sobre transtornos mentais, sendo um dos motivos da origem do preconceito e do estigma. Isso reflete também na conduta e cuidado dos trabalhadores de saúde que, através desta visão disseminada historicamente, promove

sentimentos de medo, desconfiança e aversão ao “louco” (SANTOS, 2013).

Conforme Lancman, Ghirardi e Castro (2009), as experiências vividas no cotidiano do trabalho provocam nos trabalhadores, independentemente da categoria profissional a qual pertencem, sentimentos de solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho com beneficiários em crise de saúde mental.

Dentre os tipos de sentimentos existentes, o trabalhador em saúde se depara com os sentimentos relacionados ao estigma, como: medo, desconfiança, aversão ao louco, solidão, vulnerabilidade, pena, dentre outros. Com o intuito de romper com o estigma da loucura, Santos (2013) aponta a necessidade na produção de novas formas de se relacionar com as diferenças e transformar as relações entre sociedade e loucura no âmbito sociocultural.

O sentimento de pena relatado pelos trabalhadores leva a pensar o sentido dessa “pena”. O que está por trás desse sentimento? Junto com o sentimento da pena, surge também o sentimento da culpa, de impotência, da desvalorização do outro, de um cidadão que não tem direitos. De uma forma inconsciente, transferem esse sentimento para si com o intuito de aliviar esse desconforto e sofrimento gerados pelo outro.

No nível racional, deseja-se libertar do sofrimento e ajudar o beneficiário em situação de crise. No entanto, ao sentir pena e culpa, além de causar sofrimento, a tendência será tomar atitudes que vão ajudar a manter padrões negativos das pessoas. Essa atitude atrapalha o crescimento alheio, embora o sentimento seja de cuidado. O sentimento de pena pode vir atrelado ao de raiva, porém este não é dito por não ser aceito.

## O CUIDADO NÃO DITO

Ao questionar os trabalhadores em saúde do PA quanto à forma de cuidado realizada por eles, nenhum profissional, independente da categoria, respondeu a forma que cuida, ou seja, quando questionados quanto ao cuidado, não sabem dizer como fazem:

**Assistente de autorização 2:** *às vezes eu pergunto se ela quer tomar uma água para se acalmar um pouco, aí digo que já vou agilizar o atendimento e que logo ela já vai ser chamada para a triagem.*

**Técnico de enfermagem 3:** *eu vou muito pela onda dos outros no começo, vou pela onda da maioria que diz: “Pô, de novo?” Por que*

*está voltando? Aí que eu tento me aproximar e tentar dar uma acolhida melhor, de se aproximar e de dar um carinho a mais e você vê que a pessoa começa a se abrir um pouco mais.*

**Enfermeiro 3:** *eu dou prioridade, principalmente quando está chorando.*

**Médico 1:** *olha, minha abordagem é basicamente farmacológica. Assim, não tem muito o lado do acolhimento da conversa, da psicoterapia, assim, é muito mais voltado para o farmacológico.*

Nos países em desenvolvimento, com escassez de trabalhadores em saúde mental, a estratégia de atenção integral à saúde tem contribuído para aumentar o acesso dos beneficiários aos cuidados desta área. Assim, devem ser incrementadas mudanças no modelo de cuidado com foco na comunidade, nas abordagens inter e/ou transdisciplinares, na colaboração intersetorial e na necessidade de mudança dos papéis dos trabalhadores. Para os trabalhadores em saúde, o desafio é desenvolver novas competências, para trabalhar de forma mais flexível com outras disciplinas, incorporando a mudança como uma oportunidade para o aprendizado e o desenvolvimento pessoal e profissional (HIRDES; SILVA, 2014).

Quando os trabalhadores são abordados quanto à forma em que prestam o cuidado ao beneficiário em crise de saúde mental acabam se justificando antes mesmo de dizer como fazem, mencionam como deveria ser ou como deveriam fazer, mas acabam não mencionando como fazem, como se o “recurso” para o cuidado não estivesse com este trabalhador, naquele momento.

Com isso, fica evidente a necessidade de capacitação para o cuidado em saúde mental juntamente com os trabalhadores generalistas. A capacitação deve ser pensada como uma mudança de modelo de cuidado para os trabalhadores, reunindo um conjunto de características pessoais e profissionais, princípios e valores que devem permear as práticas como a humildade, a flexibilidade, a generosidade de partilhar o conhecimento (HIRDES; SILVA, 2014).

Os trabalhadores em saúde deste PA suplementar em estudo, apesar de cuidarem do beneficiário em situação de crise, não sabem descrever a forma que prestam este cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O beneficiário em situação de crise em saúde mental deve ser abordado para cuidado, levando-se em consideração sua condição de ser humano, e não de doente, ou de um sujeito em crise.

Com isso, evidenciou-se que a percepção do cuidado ao beneficiário em situação de crise se deu através de categorias profissionais pelo fato de cada trabalhador percebê-la de uma forma: assistentes de autorização priorizam o atendimento devido à magnificação da queixa do beneficiário; a enfermagem, durante o acolhimento com classificação de risco, percebem o cuidado como um cuidado cansativo por dispensar mais atenção ao beneficiário; já a percepção dos médicos foi a de preparo da equipe que antecede a intervenção médica. A dificuldade encontrada pelo trabalhador médico, muitas vezes, é a continuidade deste cuidado pelo serviço suplementar não estar organizado em rede e ele não ter como encaminhar a um serviço especializado.

O sentimento do trabalhador em relação ao beneficiário em situação de crise em saúde mental é do pena, independente da categoria, relacionado ao estigma sobre a “loucura” existente na sociedade e que ainda reflete no trabalhador da saúde. O sentimento de pena aparece refletido nos sentimentos de culpa, impotência e desvalorização do sujeito, como uma pessoa incapaz de ter uma vida normal, trabalhar ou frequentar locais públicos.

O cuidado não dito é percebido através da negação do trabalhador na forma de reconhecer como realiza o cuidado, ou seja, o trabalhador reconhece a crise, presta atendimento e não descreve a forma deste cuidado como se o “recurso” não estivesse com o ele naquele momento. Isso evidencia a necessidade de capacitação em saúde mental, para que o trabalhador saiba como se posicionar a respeito da crise em saúde mental e refletir sobre o cuidado destinado.

Diante do estigma e da posição de defesa encontrada nos trabalhadores em saúde, conhecer como é realizado cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, deu-se por partes e não em sua totalidade. Isso devido à percepção dos trabalhadores sobre o cuidado em equipe, por não falarem de si, mas sim da equipe do PA como um todo.

## REFERÊNCIAS

BAGGIO, M A; ERDMANN, A L. Processando o cuidado “do nós” nas relações/interações estabelecidas por profissionais de enfermagem e de saúde. *Cogitare Enferm*, Jul/set; v.20, n.3, p.573-580, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS - Proposta de Documento (Versão Final para Análise). 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

FERIGATO, S H; CAMPOS, R T O; BALLARIN, M L G S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev. Psicol. UNESP*. Assis, SP, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERREIRA, A B H. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa / Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição: dos ANJOS, M; FERREIRA, M. B.; equipe de lexografia: dos ANJOS et al. 6. ed. rev. atualiz. Curitiba: Posigraf, 2004. 896 p.

FIALHO, M B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

GARGIULO, C A; MELO, M C S C; SALIMENA, A M O; BARA, V M F; SOUZA, I E O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; v.16, n.4, p. 696-702, 2007.

HIRDES, A; SILVA, M K R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde debate* [online]. 2014, v.38, n.102, pp. 582-592. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0582.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

LANCMAN, S; GHIRARDI, M I G; CASTRO, E D; TUACEK, T A. **Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família.** *Rev. Saúde Pública* [online]. v.43, n.4, pp. 682-688, 2009. Epub 05-Jun-2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

LUCHESE, R; BARROS, S. **A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental.** *Rev. esc. Enferm. USP* [online]. v.43, n.1, pp. 152-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/20.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

MIELKE, F B; KANTORSKI, L P; OLSCHOWSKY, A; JARDIM, V M R. **Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais.** *Trab. educ. Saúde* [online]. v.9, n.2, pp. 265-276, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/06.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

MILNER, A; KÖLVES, K; KÖLVES, K; GLADMAN, B; DE LEO, D. **Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department.** *World J Psychiatr* 2013 Jun22; v.3, n.2, p.34-40 (online), 2013. Disponível em: <<http://www.wjgnet.com/esps/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

PAES, L G; SCHIMITH, M D; BARBOSA, T M; RIGHI, L B. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. educ. saúde* [online]. v.11, n.2, pp. 395-409, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a08v11n2.pdf>>.  
Acesso em: 20 jul. 2015.

PAYNE, R A; ABEL, G A; GUTHRIE, B; MERCER, S W. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ*, March 19, v.185, n.5, 2013.

RINALDI, D. L. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. 2005. Disponível em:  
<[www.interseccaopsicanalitica.com.br](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br)>. Acesso em: 24 out. 2013.

SILVA, K L; RODRIGUES, A T. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. *Saude soc.*v.24, supl.1 S.Paulo abr./jun 2015.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta caminhada, esta autora teve muitas inquietações referentes ao cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental e, ao se deparar com o sistema suplementar de saúde, a apreensão se apurou ainda mais. Assim, procurou-se carregar em sua essência, o desenvolvimento deste estudo e compreender como o beneficiário em situação de crise em saúde mental é cuidado em um Pronto Atendimento do Sistema Suplementar.

Essa compreensão se deu pelo modo de fazer, através de uma pesquisa qualitativa, exploratória descritiva; além da análise à luz da Política Nacional de Humanização que proporcionou uma visão do trabalhador e do beneficiário, como aperfeiçoamento de suas aptidões através da interação com o meio envolvente: a instituição de saúde.

Como pesquisadora, houve uma aproximação e aprofundamento a respeito da saúde mental, do sujeito em situação de crise e do sistema suplementar em saúde. Este, apesar de fazer parte do sistema de saúde, não é abordado durante a graduação ou até mesmo durante a elaboração e execução de políticas de saúde pública. É um serviço que está crescendo e tem seu lugar de destaque dentro da população que opta em utilizá-lo.

O entendimento também se fez possível devido ao local selecionado para a realização do estudo - um Pronto Atendimento Suplementar em saúde. Local pouco explorado por pesquisadores, mas um serviço em crescimento e que tem o intuito de contribuir para a melhoria da saúde; pelos trabalhadores que aceitaram participar do estudo através das entrevistas; além do acesso aos materiais solicitados à instituição em estudo e fornecidos prontamente.

A escolha pelo sistema suplementar em saúde abriu horizontes não só para esta pesquisadora, mas também para o trabalhador participante do estudo que, quando entrevistados, acabaram refletindo em sua prática de trabalho e no seu dia a dia, favorecendo a mudança em sua forma de agir através de um cuidado mais qualificado.

Em relação à caracterização da estrutura organizacional do Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde para atenção às situações de crise em saúde mental, encontra-se de acordo com o preconizado. Evidenciou-se que os trabalhadores do sistema suplementar de saúde não se sentem preparados para este atendimento em crise. Evidência esta compreendida pelas falas que apontam a falta de equipamentos para uma abordagem de qualidade, sendo que esta

deve ocorrer apenas com tecnologias leves como escuta qualificada, sem nenhum instrumental específico.

Quanto à descrição de como é realizado o acolhimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, compreendeu-se que o trabalhador reconhece a crise em saúde mental através da forma em que o beneficiário se apresenta, ou seja, se chega descontrolado, agressivo, agitado, ansioso, e principalmente, se este beneficiário chega à instituição chorando. Diante do exposto, percebeu-se que o trabalhador conceitua crise através dos sinais de descontrole emocional.

No que se refere a conhecer como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, deduz-se que o trabalhador em saúde a percebe, expressa seus sentimentos sobre a mesma, mas não consegue se expressar em relação à forma que cuida, apesar de prestar este atendimento.

Em relação ao trabalhador, entendeu-se a pouca compreensão do que realmente é uma crise em saúde mental pelo fato do estigma encontrado em toda a sociedade em relação à saúde mental. Esse estigma relacionado com a doença mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de falsas crenças que se originam na falta de conhecimento e compreensão de uma relação à pessoa em sofrimento psíquico.

Diante do exposto, desenvolveu-se o ponto de vista de que este trabalhador em saúde necessita de educação permanente para aprender a superar estigmas, a entender o beneficiário em situação de crise e demonstrar o seu entendimento sobre saúde mental.

Através das explorações realizadas, reforça-se que outros estudos precisam ser realizados na área da saúde suplementar, pois a escassez de trabalhos aponta para lacunas no conhecimento sobre a temática.

A saúde mental vem ultrapassando barreiras desde a Reforma Psiquiátrica e para o seu funcionamento, recebe o apoio do sistema de saúde organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferece locais para encaminhamento do sujeito em situação de crise. Já no sistema suplementar de saúde, tem-se o atendimento generalizado, sem um local para este encaminhamento por não possuir um sistema em rede.

Além da lógica do trabalho em rede, percebeu-se que o monitoramento do sistema suplementar, em relação ao seguimento das políticas públicas de saúde, deveria ser realizado pelo SUS. Mas, infelizmente, isso não acontece.

Por isso, recomenda-se que novos estudos sejam feitos em relação ao monitoramento das políticas de saúde, tanto no sistema público, quanto no suplementar de saúde.



## REFERÊNCIAS

ABBÊS, C; MAASARO, A. **Acolhimento com classificação de risco.** Disponível em:

<<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A agência reguladora de planos de saúde do Brasil. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 26 set. 2014.

ALVES, A A M; RODRIGUES, N F R. **Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental.** *Rev. Port. Sau. Pub.* [online]. v.28, n.2, pp. 127-131, 2010.

AMARANTE, P. (coord). **Saúde mental, políticas e instituições:** programas de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: FioCruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e Atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 120p

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BITTENCOURT, R J; HORTALE, V A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1439-1454. ISSN 0102-311X. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lang=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lang=pt.)> Acesso em: 28 jul. 2014.

BORGES, C F; BAPTISTA, T W F. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.456-468, 2008.

BÓS, A M G; BÓS, A J G. **Escolha entre saúde privada e pública por idosos.** Rev Saúde Pública; São Paulo, v.38, n.1, p.113-20, 2004.

BRANDÃO JUNIOR, P M; BESSET, V L. **Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas.** Psicologia USP, São Paulo, v.23, n.3, p. 523-538, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 3.327, de 05 de janeiro de 2000a** – aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3327.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998** – dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000** – cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001** – dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10185.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2006**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3 ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da saúde, 2009. 56 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS - Proposta de Documento (Versão Final para Análise)**. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis../gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. Reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 84 p. il.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011a** - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011b** – Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601\\_07\\_07\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html)>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011c** – Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html)>. Acesso em: 14 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011d** – Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível

em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html)>. Acesso em: 14 jun. 2014.

CAIRES, M; RODRIGUES, L; FERNANDES, D; CAIRES, J. Controle de Qualidade – Certificação da Qualidade: ISSO 9001 – 2007/2008. Universidade Madeira, 2008. Não paginado.

CAMPOS, P J. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção a crise e urgência. In: Zeferino, Maria Terezinha. **Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado.**

CAMPOS, R T O; FURTADO, J P; PASSOS, E; FERRER, A L; MIRANDA, L; GAMA, C A P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, SP, v.43, Supl.1, p.16-22, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Disponível em:

<<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>> Acesso em 10 jun 2014.

CORDEIRO, A M; OLIVEIRA, G M; RENTERÍA, J M; GUIMARÃES, C A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, São Paulo, v.34, n.6, p.428-431, nov-dez, 2007.

DITRICH, A. Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: ação, renovação e libertação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v.18, n. 1, 1998.

FERIGATTO, S H; CAMPOS, R T O; BALARIN, M L G S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando os conceitos. **Revista de psicologia da UNESP**, São Paulo, v.6, n.1, 2007, 14p.

FERNANDES, L D; GOTTEMS, L B D. **Humanização e ambiência na clínica médica do Hospital de base do Distrito Federal.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde v.04, n.2, p.38-52, 2013.

FIALHO, M B. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino, M. T.; Rodrigues, J., Assis, J. T. (orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

LANCETTI, A. A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas: experiências e desafios. Módulo 2, p. 72-101. In: Zeferino, Maria Terezinha. **Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado**. Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 101 p.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, W F. A prática profissional nos centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.583-592, out/dez 2012.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da unidade de urgência: uma experiência do Hospital São Rafael-Monte Tabor**. 10.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 204p.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de**

**humanização em saúde.** Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NUNES, M; JUCÁ, V J; VALENTIM, C P B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2375-2384, 2013.

PAES, L G; SCHIMITH, M D; BARBOSA, T M; RIGHI, L B. Rede de Atenção em Saúde Mental na Perspectiva dos Coordenadores de Serviço de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, 2013.

PATRIOTA, L M. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas.** Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. João Pessoa, PB, Brasil, 23 a 26 de agosto de 2011.

PEREIRA FILHO, L T P. Iniciativa privada e saúde. Estudos avançados 13 (35), 1999.

RODRIGUES, L B B; SILVA, P C S; PERUHYPE, R C; PALHA, P F; POPOLIN, M P; CRÍSPIM, J A; PINTO, I C; MONROE, A A; ARCÊNIO, R A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.343-352, 2014.

ROTHER, E T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**; São Paulo, v.20, n 2, abr-jun, 2007.

SANT'ANA, T C; BRITO, V C A. A Lei Antimanicomial e o Trabalho de Psicólogos em Instituições de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.26, n.3, p.368-38, 2006.

SANTOS, N S; ALMEIDA, P F; VENANCIO, A T; DELGADO, P G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.20, n.4. 2000.

SILVA, A M B S; FARIAS, D L G; VIEIRA, F O; SANTOS, V M. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do Rio de Janeiro: estudo de caso comparativo. VI

Congresso nacional de Excelência em Gestão: Energia, Inovação, Tecnologia e Complexidade para a Gestão Sustentável. Niterói, RJ, Brasil, 5, 6 e 7 de agosto de 2010.

TEIXEIRA, R R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.315 – 327, 2005.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G R B. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** Ciênc. Saúde coletiva [online], v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

ZEFERINO, M T Z; RODRIGUES, J; de ASSIS, J T (orgs.). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 97 p.

## **APÊNDICE**



**APÊNDICE A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS****Universidade Federal de Santa Catarina**

Nome/codínome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos; Sexo: ( ) F ( ) M  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Carga Horária: \_\_\_\_\_  
Tempo de serviço neste local: \_\_\_\_\_  
Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_  
Especialização/área: \_\_\_\_\_  
Função que desenvolve no PA: \_\_\_\_\_  
Possui outro vínculo empregatício? ( ) SIM ( ) NÃO  
Local: \_\_\_\_\_  
Tempo de serviço: \_\_\_\_\_  
Carga horária outro vínculo: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES:**

- Como você reconhece/caracteriza uma pessoa que está vivenciando uma situação de crise em saúde mental que procura atendimento neste PA?
- Relate como você percebe o atendimento ao beneficiário em situação de crise em saúde mental neste PA como um todo (diversos setores).
- Descreva como você atende/cuida do beneficiário em situação de crise em saúde mental que procura este PA.
- Como você se sente nesse processo (atendimento)?
- Aponte potencialidades e fragilidades que você encontra para o atendimento.
- Relate como é para você cuidar do beneficiário em situação de crise em saúde mental que procura este PA.
- Quais as estratégias, habilidades e conhecimentos você julga necessários para o atendimento ao beneficiário em uma situação de crise em saúde mental que procura este PA?

- Este serviço de PA tem alguma rotina/protocolo relacionado ao atendimento ao beneficiário em situação de crise em saúde mental?
- Cite mudanças que você julgue necessárias para facilitar/melhorar este cuidado.
- Como você conceitua/entende uma crise em saúde mental?
- Quais são os seus sentimentos quando atende/cuida um beneficiário em situação de crise em saúde mental?

## **ANEXOS**



## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



*UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA –  
UDESC - GABINETE DO REITOR*  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS – CEPESH**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde intitulada **O CUIDADO AO BENEFICIÁRIO EM SITUAÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL EM UM PRONTO ATENDIMENTO SUPLEMENTAR**, que fará entrevista, tendo como objetivo geral: Compreender como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde da Região Sul do Brasil; e como objetivos específicos: Caracterizar a estrutura funcional de um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde; Descrever como é realizado o acolhimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde; Conhecer como é realizado o atendimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde; Identificar como são realizadas as tomadas de decisões aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde.

Serão previamente marcados a data e horário para as perguntas, utilizando o roteiro da entrevista e o gravador de voz. Estas medidas serão realizadas no Pronto Atendimento da Unimed Trindade.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver o compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais (informações sobre o seu cotidiano de trabalho) e o desconforto de não saber como negar a fala sobre algum ponto em específico. Cabe destacar que você não precisa responder a qualquer pergunta se achar que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar. Desta forma, assegura-se que este estudo não trará nenhum risco de natureza física.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número e pela abreviação do cargo que ocupa, como por exemplo: autor 01, tecenf 01, enf 01, med 01 e assim sucessivamente.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão contribuir para a formação dos trabalhadores, bem como, favorecer o acesso do beneficiário ao serviço de saúde suplementar de Florianópolis/SC.

O (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

**Nome do pesquisador para contato: Priscilla Almeida Pereira**  
**Número do telefone: 9963-4345**  
**Endereço: Rua do Gramal, 488 – Campeche.**  
**Assinatura do pesquisador:**

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –  
 CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Fone: (48)3321-8195 – e-mail:  
 cepsh.reitoria@udesc.br

Florianópolis – SC /88035-001

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que, neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Local:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .



**ANEXO B - TERMO DE CONSETIMENTO PARA GRAVAÇÕES**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA  
CATARINA – UDESC - GABINETE DO REITOR

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP SH****CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E  
GRAVAÇÕES**

Permito que sejam realizadas fotografias, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “O cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental de um Pronto Atendimento Suplementar”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

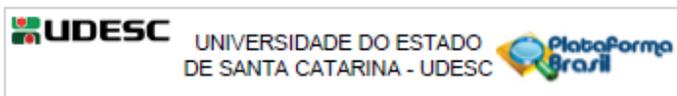
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito Pesquisado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito Pesquisado



## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Cuidado ao beneficiário em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento suplementar

**Pesquisador:** MARIA TEREZINHA ZEFERINO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39702314.0.0000.0118

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.005.999

**Data da Relatoria:** 30/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

Estudo de natureza exploratório descritiva com abordagem qualitativa, com o intuito de responder como ocorre o atendimento e o cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde. Serão entrevistados 16 profissionais que atuam no serviço. A pesquisa tem financiamento próprio e faz parte do Programa de Mestrado profissional multidisciplinar em saúde.

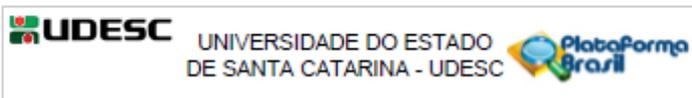
**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Compreender como é realizado o atendimento e o cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde da Região Sul do Brasil.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar a estrutura funcional de um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde; Descrever como é realizado o acolhimento aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde; Conhecer como é realizado o atendimento/cuidado aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007 CEP: 88.035-001  
 Bairro: Itacorubi  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cep@relatoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.005.999

de saúde; identificar como são realizadas as tomadas de decisões aos beneficiários em situação de crise em saúde mental, por demanda espontânea, em um Pronto Atendimento do sistema suplementar de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador prevê riscos mínimos, associados ao desconforto de compartilhar informações pessoais. Os benefícios são indiretos, na medida que o resultado contribuirá para a formação dos trabalhadores de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa vai ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e de Humanização da Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- O pesquisador apresentou:
- TCLE no modelo CEP/UEDESC;
  - Folha de rosto assinada e datada.
  - Termo de ciência e concordância das Instituições envolvidas assinado.
  - Projeto detalhado
  - Instrumento de coleta de dados anexado ao projeto detalhado.

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**PENDÊNCIAS ATUAIS**

1. Descrever os critérios de inclusão e exclusão, considerando que participar da pesquisa é direito do sujeito e não critério de inclusão. **PENDÊNCIA CUMPRIDA.**
2. Deve-se adequar o cronograma, atualizando-o com relação à data de início da coleta de dados e posteriores etapas da pesquisa, dado que o processo apresenta pendências a serem atendidas e, ainda se encontra em tramitação no sistema CEP/CONEP até a presente data. **PENDÊNCIA CUMPRIDA - Atualizou o cronograma.**

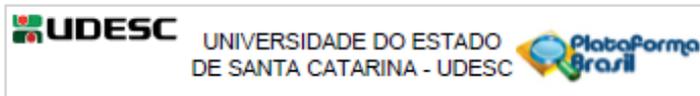
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007  
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cep@reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 1.005.969

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPGH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPGH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPGH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPGH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

FLORIANÓPOLIS, 31 de Março de 2015

Assinado por:

Claudia Mirian de Godoy Marques  
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007  
 Bairro: Itaconubi CEP: 88.035-001  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3321-8195 Fax: (48)3321-8195 E-mail: cepgh.netoria@udesc.br